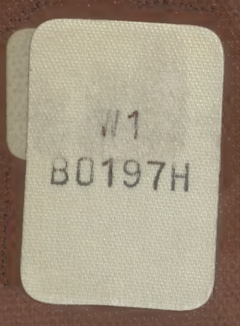
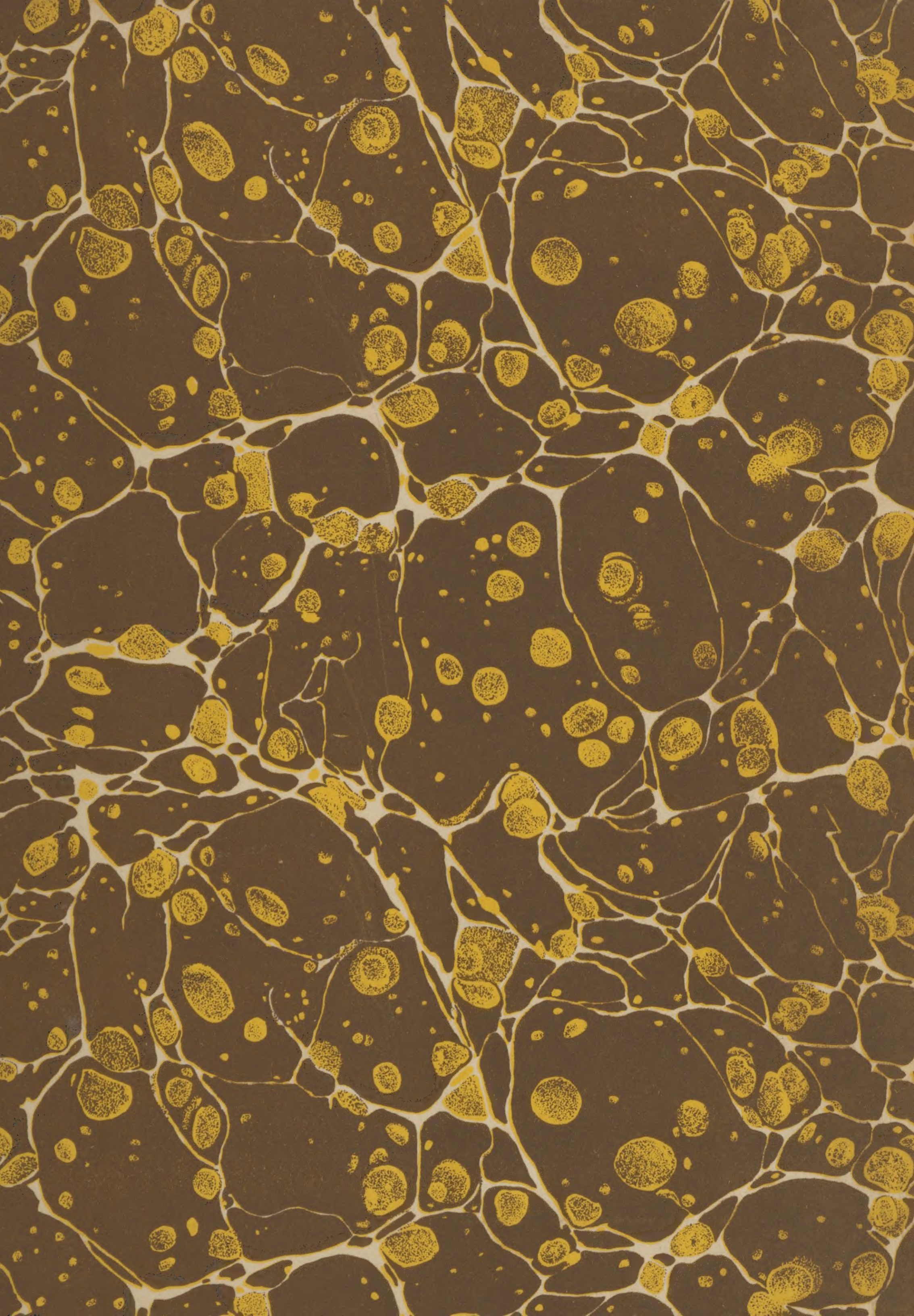
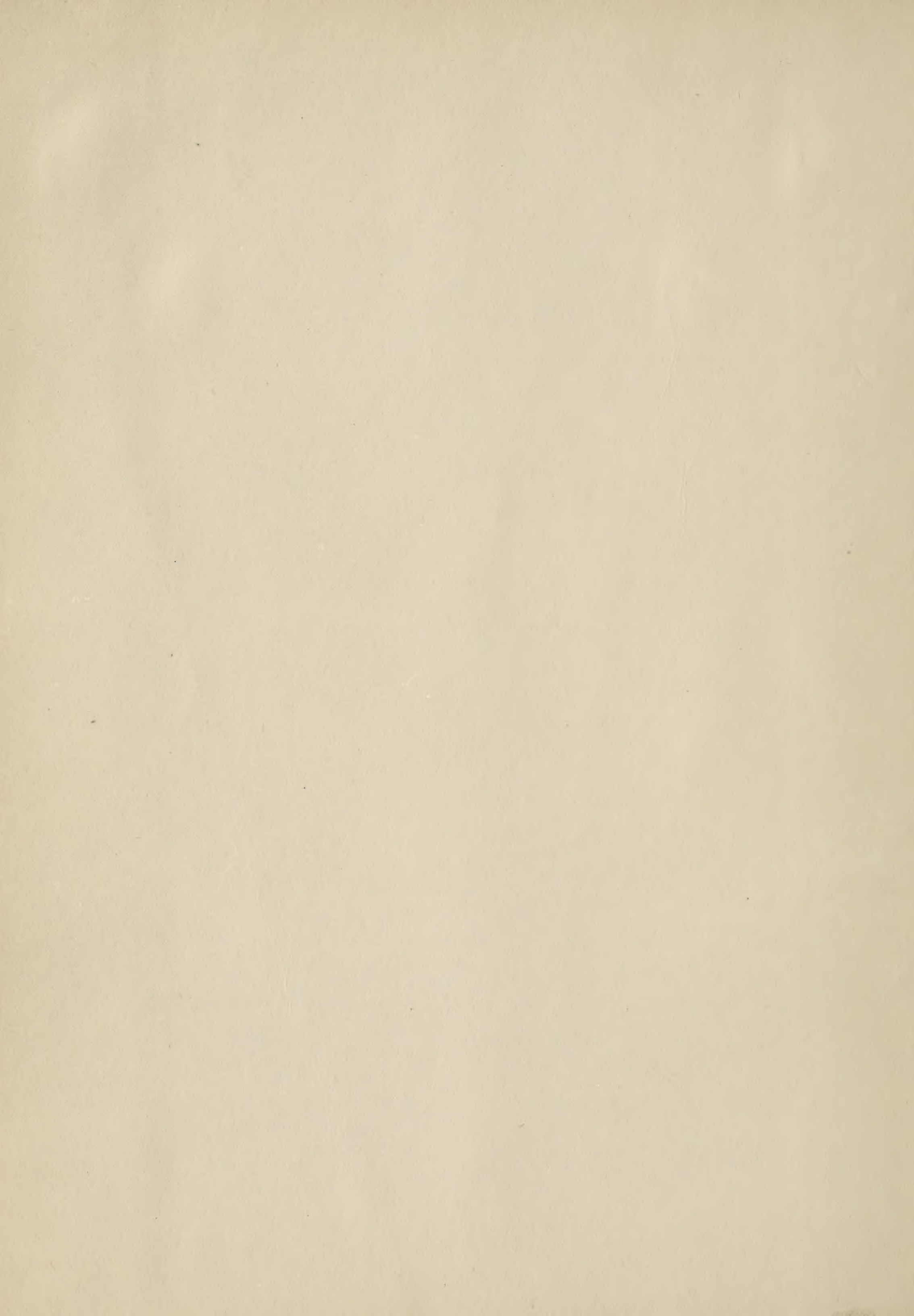
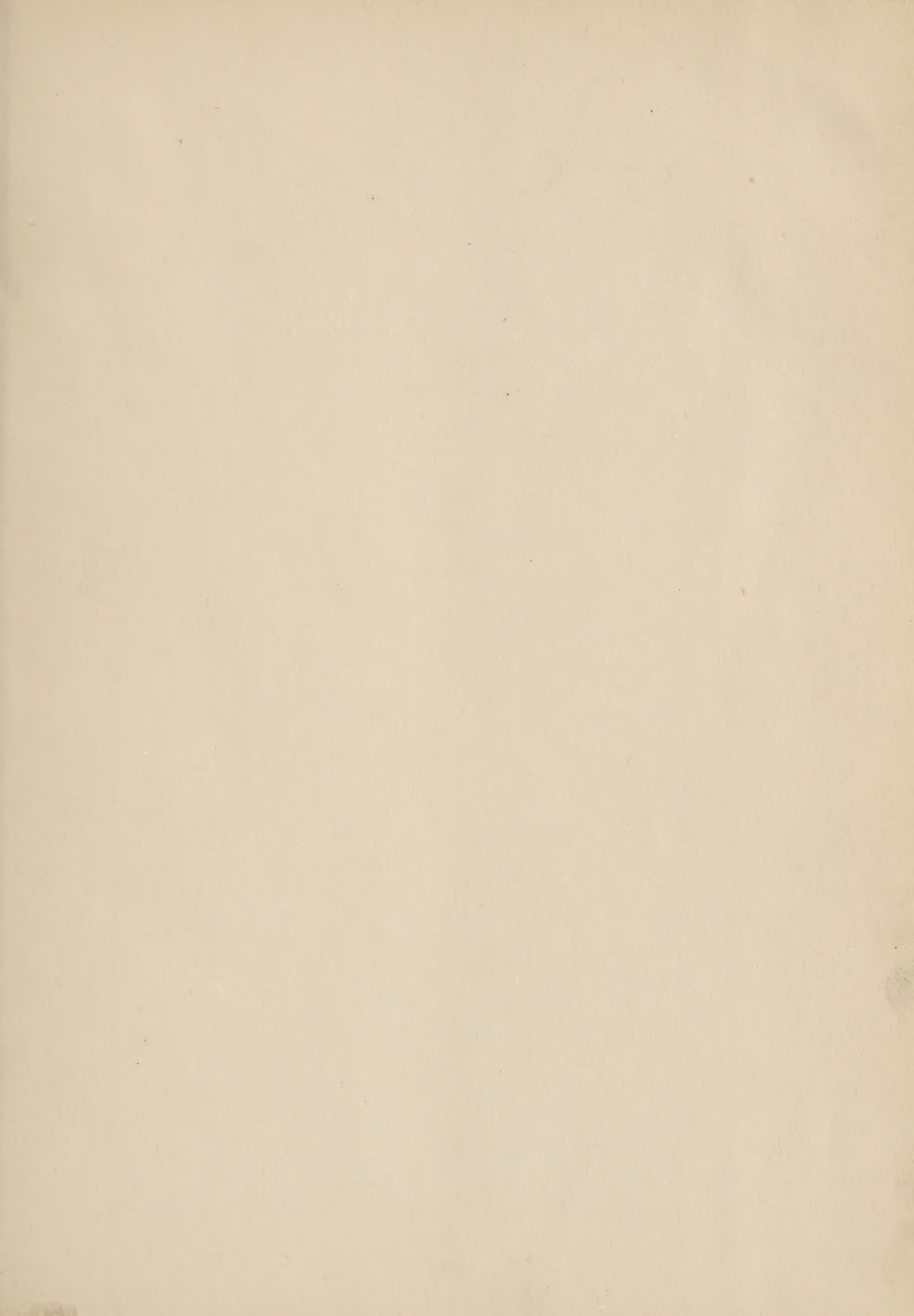
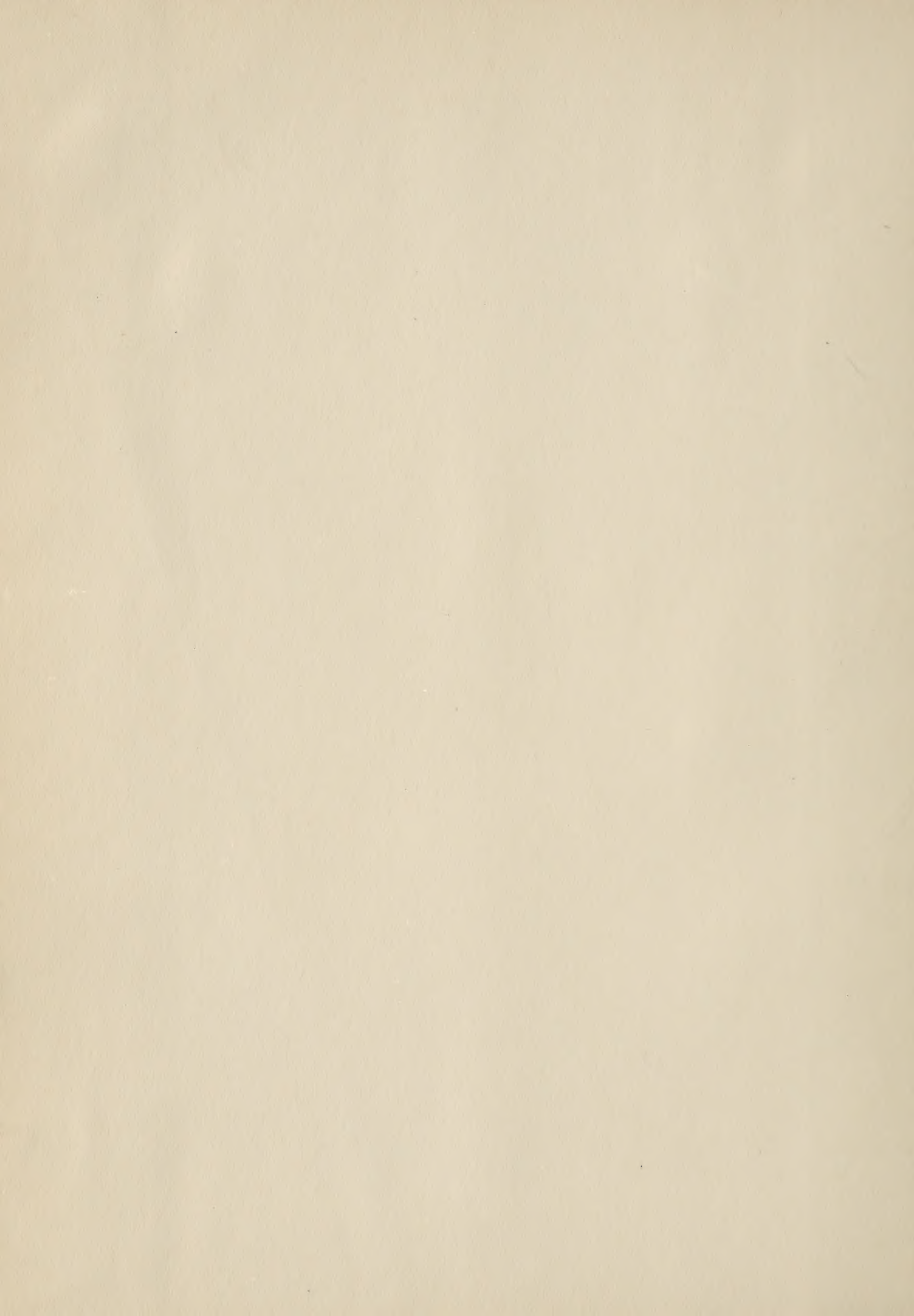


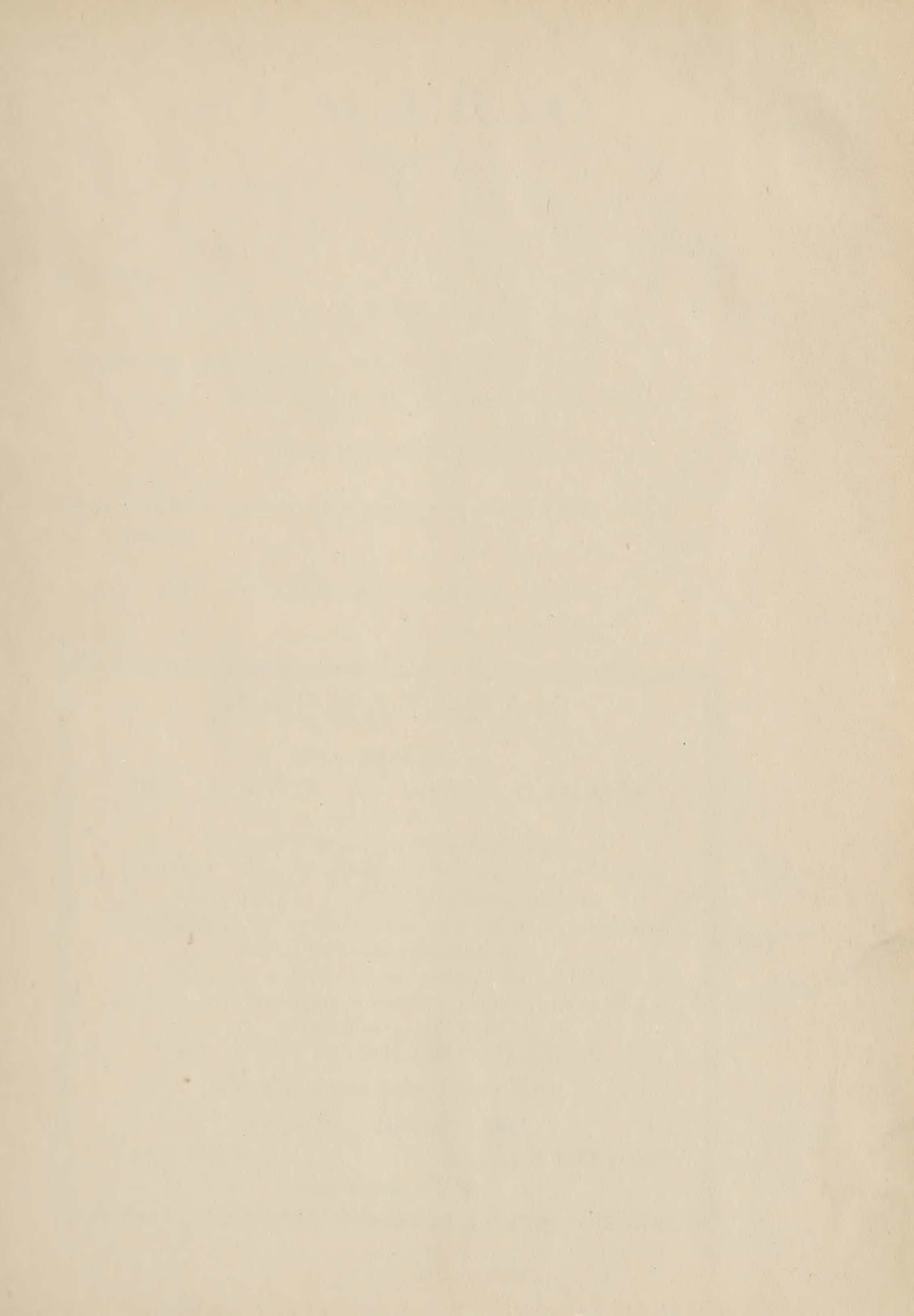


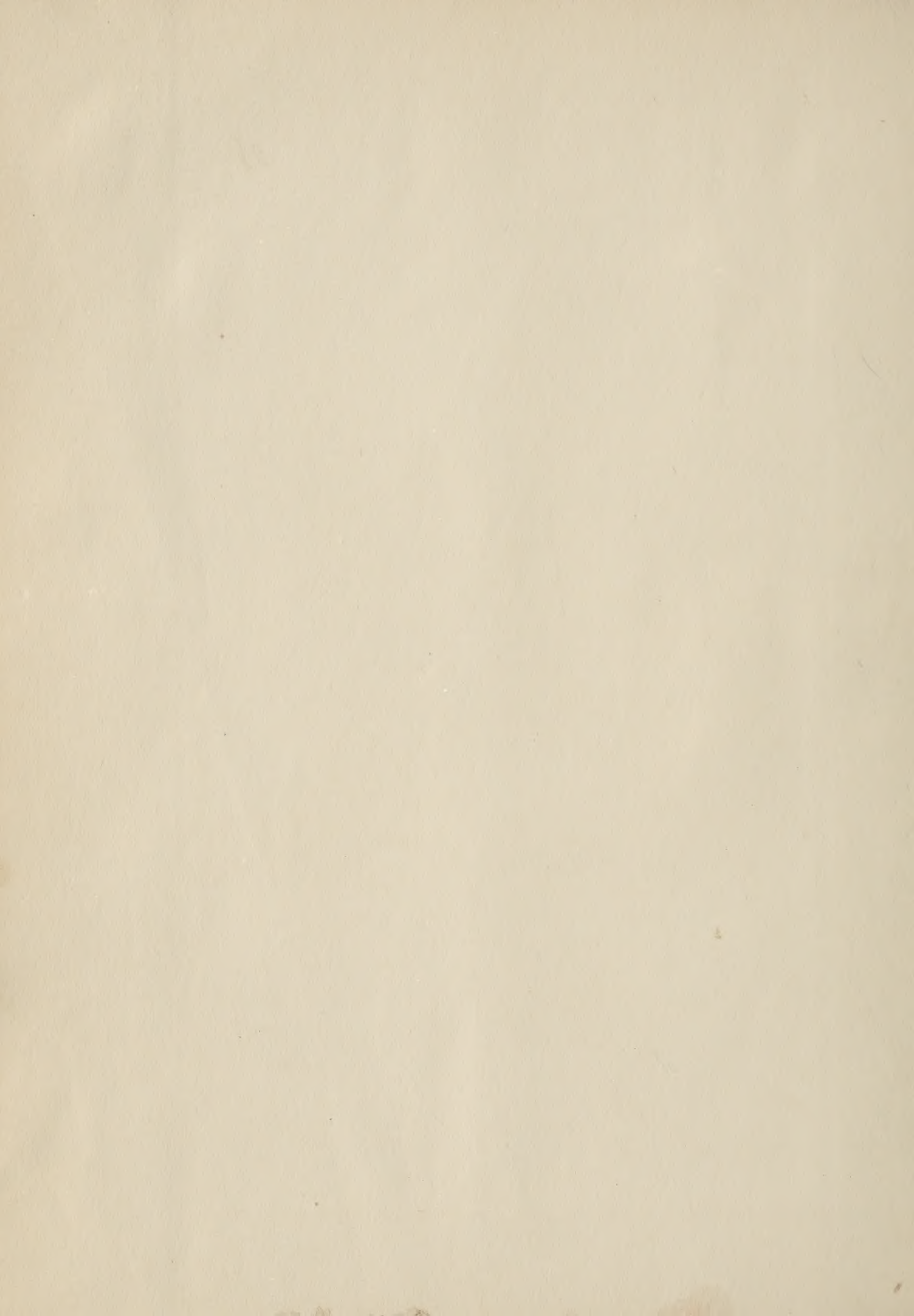












SUMARIO




BIO. 72

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XVIII JUNIO 1924 NUMERO 145

EDITORIALES

Por el Dr. A. Fernós Isern.

La directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico nos pone en grave compromiso. Vacante el cargo de Editor-Director de esta Revista por declinación que de él hiciera nuestro querido compañero el Dr. Martínez Alvarez, se nos solicita para este empeño.

Ardua es la labor, limitadísimo nuestro tiempo. A pesar de ello, allá vamos, con la mejor voluntad.

Esperamos que tendremos, sin duda alguna, la cooperación de todos los compañeros.

EL DOCTOR MARTINEZ ALVAREZ

Por largo espacio de tiempo fué director de esta Revista este meritísimo compañero que ahora cesa en tales funciones, por su irrevocable declinación del cargo, bien a pesar nuestro.

Diligente, asíduo, dedicaba a nuestro periódico sus mejores empeños.

La clase médica de Puerto Rico debe al Dr. Martínez Alvarez su reconocimiento por su labor rendida y por la calidad de esa labor.

PROPÓSITOS

Desde el próximo número se publicarán dos nuevas secciones en el Boletín:

La "Revista de Revistas" a cargo del Dr. Rodríguez Pastor; la sección humorística a cargo del Dr. Lavandero. Está de plácemes el Boletín.

LOS HOSPITALES DE DISTRITO

Pendiente está de la decisión de la Comisión económica la distribución de los Hospitales de Distrito que con fondos del empréstito insular de seis millones, han de edificarse.

¿A que han de dedicarse estos hospitales? ¿Cómo habrán de sostenerse? ¿Qué personal médico necesitarán y dónde habrá que reclutar éste?

Estos son algunos de los problemas que habrán de resolverse antes de tomar uaa decisión definitiva.

EL HOSPITAL BETANCES

Para el próximo número daremos una amplia información acerca de este trascendental propósito de distinguidos miembros de la profesión.

LA DESNUTRICIÓN DE LOS NIÑOS PUERTORRIQUEÑOS

De ciento veinticinco niños menores de un año, matriculados en el Centro de Puericultura que la Cruz Roja mantiene en el Barrio Obrero (a nuestro cargo por dos años) setenta y nueve se alimentaban *nominalmente* al pecho y cuarenta y seis tenían una alimentación puramente artificial. Subrayamos la palabra "nominalmente" porque es nustra experiencia que ninguno de tales niños recibía una alimentación exclusivamente láctea y materna. Nuestra observación, nuestras indagaciones, nos llevaron a la certeza de que hay una decidida tendencia, una inveterada costumbre y aun por desgracia, una gran necesidad, de suplementar tal alimentación con leche condensada, agua de arroz, guarapos de diversas hojas, y aun arroz con leche, atol de yautía, etc.

Para la alimentación mixta, y para la franca alimentación artificial se daba por razones:

1.—Que la leche materna exclusivamente no sostenía al niño.

2.—Que no se podían guardar las horas, por estar la madre trabajando en talleres para ganar la subsistencia.

3.—Que es preciso *hacerle el estómago* al niño.

4.—Que la leche materna no le sentaba bien al niño.

5.—Que se había *secado* la leche en la madre.

Acerca de la primera razón, necesario es convenir en que muchas veces es verdad lo que las madres alegan. Pobres mujeres exhaustas por sus labores excesivas, por la excesiva maternidad, o por (casi siempre) escaso alimento, tienen una producción de la más pobre leche, absolutamente impropia para el desarrollo de la criatura.

La segunda razón no necesita comentarios. De ahí la grave falta de los anexos en los grandes talleres para el cuidado de los niños y el amamantamiento de éstos por sus propias madres. Las *chambres d' allaitment* francesas. Idealidades para orientarnos al porvenir.

La tercera razón, preocupación hija de la ignorancia, está por desgracia muy extendida en nuestro pueblo. Se pretende, forzando la naturaleza, habituarlos prematuramente a una alimentación propia para adultos.

La cuarta es un fenómeno bastante frecuente y que obedece a errores en la manera de lactar; a salud pobre (tan frecuente) de la madre, y a la tendencia a substituir la alimentación natural con la artificial. A veces a verdaderas anafilaxias.

La quinta, otra razón verdadera, es resultado de poca salud materna, de irregularidad en las horas de alimentación, y de todas las otras causas juntas.

Todo ello tiene una gran relación con la ilegitimidad, vicio social que tiene graves consecuencias en la salud de nuestro pueblo. Y con el abandono, por parte de los padres, en muchos casos de legitimidad.

No es extraño pues que de estos niños tuviéramos al ingresar setenta y uno enfermos y cincuenta y tres sanos, ni que de aquellos, cincuenta y tres sufrieran de enfermedades gastro-intestinales.

Una vez más pues, se confirma la observación hecha ya anteriormente acerca de las causas de la escasa robustez de nuestros niños. Una vez más se establece que estos, para llegar a la edad adulta, han de sobrevivir a una serie de errores dietéticos, verdaderos atentados a la vida humana.

THE PRESENCE OF ANCYLOSTOMA DUODENALE IN PORTO RICO

Rolla B. Hill, M. D. and Walter C. Earle, M. D.
International Health Board

In treating a number of prisoners at the Arecibo District Jail, and a few patients at the Municipal Hospital in Arecibo, for Hookworm, we had occasion to count the worms expelled by the anthelmintic. Among the worms expelled by the first few patients were some of larger size than the rest, which it was suspected might be A. duodenale. Subjected to further scrutiny at the laboratory, if was determined that they were indeed specimens fo Ancylostoma duodenale Dubini. Since then we have been looking for the parasite and have discovered it in 25 per cent of the cases we have examined. Since we believe that the presence of ancylostoma in native Porto Ricans has been reported only once before, we venture to bring it to the attention of the medical profession at this time.

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez in 1907 found ancylostoma in a single native Porto Rican, from Río Piedras, who had never been out of the island. His report does not state the number found. To him, however, belongs the credit for first having reported the parasite in Porto Rico.

Our series consists of 64 consecutive cases, over 50 of them adult males from the Jail, who were serving short sentences for various minor offences. They came from all over the northern part of the Island. Slightly over half are classed as rural population. The remainder came from various towns.

Ancylostoma was found in 16 of the 64 cases, or exactly 25 per cent of those worm-counted. The average number of Ancylostoma found was slightly over 4 per person. In these same individuals the average number of all hookworms expelled was 419 per person.

The fact that our cases were not consciuosly selected, and came from various parts of the island, indicates that there is a rather extensive, although light, distribution of the parasite in Porto Rico. This is rather disturbing, since the Old Word hookworm, which is probably more harmful than necator americanus, was thought to be practically non-existent in Porto Rico.

It is not improbable that A. duodenale has long been present in the island. In questioning our patients, we found that most of them had been more or less closely associated with Spaniards at one time or

another. Nothing else in their history gave any clue to the origin of their infestation. Since most of our immigrants are from Spain, where A. duodenale is the prevalent hookworm, it is not unreasonable to suppose that the parasite has for the most part been introduced from that country.

SUMMARY

Ancylostoma duodenale, heretofore believed to be practically nonexistent in Porto Rico, was found in 25% of 64 consecutive cases from various parts of the island. The average number of Ancylostoma in those harboring them was 4 per person, whereas the average number of necators was 419. This indicates an extensive, although light, distribution of ancylostoma. The parasite was probably introduced from Spain.

EL ANALISIS MICRO-QUIMICO DE LA SANGRE Y SU INTERPRETACION TEORICA Y PRACTICA

Por R. del Valle Sárraga, A.B., B.S., Ph. C. del Laboratorio Histo-Químico-Microbiológico.—San Juan, P. R.

COMENTARIOS Y REVISTAS EXTRACTADOS DE LA LITERATURA SOBRE DATOS ANALITICOS DE CARACTER GENERAL

En la literatura médica relacionada con las investigaciones experimentales de laboratorio, se dan a la luz con frecuencia, contribuciones científicas de *carácter general,* que no podrían incluirse en los apartados que se han titulado en este trabajo con el nombre de algunos de los constituyentes específicos de la sangre, porque la monografía que se extracta los incluye todos o a casi todos; ni tampoco en ningún apartado que lleve por título el nombre de cualesquiera de las entidades patológicas que en esta publicación se tratan. De esa circunstancia ha nacido la determinación de nuestra parte, de agrupar esta literatura en el capítulo que lleva por título el rubro que encabeza este capítulo.

"Value of modern blood chemistry to the clinician."—A. O. Bettler A. V. St. George—J. A. M. A. 71, 2033-6—Informe de 15,000 determinaciones. La estadística más extensa publicada de una sola vez sobre este moderno problema. La función del riñón puede determinarse con verdadera precisión, por el aumento de los valores del

nitrógeno no-protéico, nitrógeno uréico, creatinina y ácido úrico. Si existe un desarreglo en la eliminación de los productos nitrogenados del desperdicio metabólico, en realidad puede precisarse y dictarse el prognóstico. La hiperglicemia, aun en los casos más oscuros y leves de diabetes, *cuando la orina está lejos todavía de mostrar azúcar, señala el diagnóstico futuro. La acidosis encuentra en la sangre, la vía más precisa que concreta su severidad. Reduciendo en la sangre del paciente el precursor de la substancia particular que se nota aumentada, se obtienen buenos y satisfactorios resultados.*

"The Prognostic value of blood urea during infection"—Pr. Mer-Klen and C. H. Kindelski—Bull. et mem Soc. hopitaux de París 21,604-6 (1919)—C. A. 13, 2397.—Una cifra alta, por sí sola, quizás no significa nada. Pero tiene un valor extraordinario para la desviación que sufra la cifra más tarde. Si se mantiene alta el estado es sério; si tiende a la baja, se puede sonsiderar de augurio favorable, y resulta así genralmente.

"Análisis hemo-químico"—V. C. Myers—J. Lab. Clin. Med. 5,343-51 (1920)—Tabla de cifras normales y patológicas (hemoquímica) e interpretación.

"Studies of variations in the chemical composition of human blood"—Hammet S.—J. Biol. Chem. 41,599-615 (1920)—C. A. 14, 1707—Las muestras tomadas 3.5 horas después del almuerzo, contenían como *exceso sobre las cifras normales* lo siguiente: alrededor de 1 mg. de nitrógeno no-protéico, 3 mgs. de nitrógeno uréico y 0.4 mg. de ácido úrico. *Las cifras normales fueron determinadas antes del almuerzo.*

Analysis of blood of insane patients"—P. G. Weston—Arch. Neurology Paychiatry 3,147-50 (1920)—C. A. 14, 2510—La sangre de los epilépticos y de los casos de dementía praecox, y los maniodespresivos no mostraron desviación alguna en ningunos de los constituyentes siguientes: nitrógeno total, nitrógeno no-protéico, ácido úrico, urea, creatinina, creatina. glucosa, cloruros y calcio.

"The nitrogenous and sugar content of blood of the newborn"—J. P. Sedwick and M. R. Fregler—Am. J. Dis. children 19.429-32 (1920)—C. A. 14,3267—51 niños examinados—41 eran menores de 9 días. El de más edad tenía 13 días. La determinación más temprana fué hecha al tercer día de nacido. El nitrógeno no-protéico (al tercer día) promedió 53.7 mgs.; al noveno día, promedió 38.8 mgs. más tarde menor aún. Tendió al alza, según puede verse durante los primeros días de la vida, para disminuir después gradualmente. La urea,

en los primeros días se acerca a la cifra máxima normal del adulto. La creatinina y el azúcar en los límites normales.

"Blood chemistry studies in influenzal pneumonia"—Clifford W. Wells—Arch. Int. Med. 26, 443-52 (1920)—C. A. 14, 3715—8 casos benignos de pneumonia por influenza fueron estudiados: cloruro de sodio, 620; creatinina, 1.06; nitrógeno uréico, 16.9; ácido úrico, 3.75. En 24 casos moderadamente graves: 600, 1.58, 21.9 y 3.75 respectimente; 26 casos muy graves y que murieron: 560, 1.49, 25.7 and 4.98 respectivamente. El empiema y la pleuresía influenciaron poco o nada los resultados.

"Blood Chemistry of pernicious anemia"—A. O. Gettler and E. Lindeman—Arch. Intern. Med. 26, 453-8 (1920)—C. A. 14, 3715—32 casos estudiados:

Nitrógeno no-protéico............	52% menor de 40 mgs. 34% entre 40-60 mgs. 14% entre 60-108 mgs.
Nitrógeno uréico................	18% mayor de 20 mgs. 82% alrededor de 30 mgs.
Amino-nitrógeno	entre 19-24 mgs.
Creatinina	58% hasta 1.5 mgs. 42% entre 1.5-3.1 mgs.
Azúcar	70% mayor de 100 mgs. 19% mayor de 130 mgs. La cifra más alta 300 mgs.
Acido carbónico plasmático....... (reserva alcalina)	86% menor de 60 mgs. 50% menor de 50 mgs.

El tanto por ciento indica la proporción de enfermos (de los 32 pacientes estudiados) que aportaron ciertas cifras dentro de ciertos límites o valores.

"Uric acid, urea and creatinine determinations in the blood as an aid in the diagnosis of renal disease"—C. K. Watanabe—Kyoto Agaku Zasshi 15, No. 1, 72-84 (1918)—Japan Med. Lit. 6,2 (1921)—C. A. 15, 1926—La creatinina es el más importante *factor aislado* en el pronóstico; 5 mgs. o más significa un fatal desenlace. La uremia se avecina si pasa de 4 mgs. y si la urea llega a llevarse a más de 80 mgs. *La urea alta con creatinina baja es de significación* dudosa en el pronóstiio. El ácido úrico elevado no es signo diagnóstico de gota.

"Increased amount of uric acid in the blood in the toxemias of pregnancy"—J. L. Williams—J. A. M. A. 76, 1297-9 (1921):

	Nitrógeno uréico.	Nitrógeno no-protéico.	Acido úrico.	Creatinina.
Eclampsia (5 casos)......	17.2	40.1	7.84	2.67
Casos preeclampticos (13 casos)	15.78	31.9	3.98	1.53
Hiperemesis gravidarum (7 casos)	17.2	36.4	4.91	2.17
Embarazos normales (6 casos)	12.76	26.68	1.94	1.38

El aumento de ácido úrico en los casos patológicos es evidente. El parto y la convalescencia determinaron un descenso normal de la cifra del ácido úrico. La emesis tóxica del embarazo se notó asociada al alza de ácido úrico mientras que la forma nerviosa o el vómito fisiológico no resultaba así. El ácido úrico, aparentemente, puede dar la clave del diagnóstico diferencial.

"Preliminary note on chemical changes in the blood of syphilitics under arsphenamine treatment"—C. Weiss and A. Corson—Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 18, 210-13 (1921)—C. A. 15, 3688—En los sifilíticos, que antes de inyectarse el neoarsphenamine, mostraron cifras normales de nitrógeno uréico, del no-protéico y de azúcar, aumentaron estos valores en su sangre después de inyectados con la droga.

"Blood analysis in cases of catatonic dementia precox"—S. Nyomatzu and T. Soda—J. Nev. Mental Dis. 53, 367-75 (1921)—C. A. 15, 3873—El 75% de los casos acusaron disminución de ácido úrico; 50% mostró aumento de azúcar. La urea, creatinina y nitrógeno no-protéico, resultaron más elevados que las cifras normales.

"Relation of homeopathic remedies to modern diagnostic tests"—A. E. Hinsdale and R. W. Hoffman—J. Am. Inst. Homeopathy 14,215-31 (1921)—C. A. 15, 3877—La administración terapéutica, del bicloruro de mercurio, ácido arsenioso, fósforo, bicromato de potasa, trementina, apis, y cantáridas, disminuye el poder ex-cretorio del riñón. En inyección intra-muscular produjo un estado marcado de acidosis. La urea no se alteró por la cantárida, resultó moderadamente aumen-

tada por el apis, ascendió a dos veces su valor normal por el ácido arsenioso y a tres veces por el bicloruro de mercurio.

"A study of significant chemical changes in the blood coincident with malignant tumors—J. A. Killian, L. Kost—Arch. Int. Med. 28,813-26 (1921)—C. A. 16, 587—Se estudiaron 119 casos. 80% de estos mostraron aumento de ácido úrico. 60% dieron cifras elevada de nitrógeno uréico y de creatinina. Este desarreglo funcional del riñón se observó en la carcinomatosis generalizada abdominal, en el 90% de los carcinomas de la vejiga, próstata, utero y recto y el 50% de los carcinomas del estómago y raras veces los tumores externos. Este estado de acumulación coincidió con la deficiencia excretoria de la fenolsulfotaleina, aunque no se notara hipertensión, ni alteraciones en el fondo del ojo. La insuficiencia renal actuó independientemente de la edad del individuo o de la anemia asociada. La acidosis surgió en muchos casos, particularmente coincidiendo con los fenómenos de retención.

"Chemical Studies of the Blood and urine of Syphilitic patients under arsphenamine treatment with a note on the mechanism of early arsphenamine reaction"—Ch. Weiss & A. Corson—Arch. Int. Med. 29, 428-40 (1921)—C. A. 16, 1804—En 5 casos de sífilis terciaria, la arsphenamina, (0.6 de gramo endovenoso) produjo a las 3 horas (en 10 veces de 12 inyecciones aplicadas) un aumento del nitrógeno no-protéico de 2 a 5 mgs. sobre la cifra pre-operatoria. En las reacciones severas alcanzó a las 24 horas un aumento análogo montante de 14 a 20 mgs. sobre la cifra preoperatoria. El aumento nunca fué a expensas de una alza en la urea. La cifra normal retornó a los pocos días. El azúcar aumentó a 2 veces la cifra normal y corrió en línea paralela con la severidad de la reacción. El ácido úrico, el poder de combinación del plasma al ácido carbónico y la excreción de la fenolsulfotaieina no sufrieron alteración alguna.

"The Chemistry of the body in diseases of the skin".—O. L. Levin and M. Kahn—Am. J. Med. Sci. 162, 698-704 (1921)—Los casos leves de eczema, no asociados a otros estados patológicos, no mostraron cambio alguno en los constituyentes químicos de la sangre; los casos más severos, presentaron acidosis. En el "acne vulgaris" se observó hiperglicemia, como única anormalidad.

"Chemical studies in normal and abnormal pregnancies"—J. A. Killian y Carl P. Sherwin (Am. J. Obs. Gynecol 2,6—16 (1921)—C. A. 16, 750—En las toxemias nefríticas, el nitrógeno no-protéico y nitrógeno uréico está aumentados y más del 50% del primero está formado

por el segundo; en el embarazo normal, el segundo forma alrededor del 44% del primero y ambos se encuestran disminuídos. En el vómito pernicioso y en la eclampsia del 15 al 38% del primero está integrado por el segundo debiendo advertirse que el primero se encuentra bien elevado. El ácido úrico está también aumentado. En el embarazo normal el ácido úrico, la creatinina, los cloruros y la azúcar están en el nivel normal. El ácido carbónico combinado al plasma ligeramente aumentado, a la terminación del embarazo.

"Blood chemistry in normal and abnormal pregnancy"—W. E. Caldwell & W. G. Lyle—Am. J. Obst. Gynecol. 2, 17-34 (1921)—C. A. 16, 750—Los siguientes valores comparativos son mencinoados:

	Ni'rogene no proteico	Nitrogeno úreico	Creatinina	Acido úrico	Por ciento de nitrogeno ureico a nitrogeno no-proteico
No embarazada.....	35 mgs. o menos	18 mgs. o menos	2 mgs. o menos	3 mgs. o menos	50%
Embarazadas normales..............	29.69	11.51	1.05	1.73	39%
Eclampsia y toxemia.	49.7	26.	2.17	6.19	52%

"Blood nitrogen estimations in genito-urinary and abdominal conditions"—J. W. Vaughan and P. F. Morse—Arch Surgery 3,405-24 (1921)—C. A. 16, 752—El hemo-nitrógeno alto y persistente por varios días en observaciones que se hagan en períodos de 24 horas, (o más frecuentemente) es signo de prognóstico grave en cirugía genito-urinaria. En la obstrucción intestinal la azotemia es alta, mientras que en la paresis intestinal tiende a la baja. Observaciones frecuentes, con expresión de los resultados sobre una gráfica, suministra indicaciones precoces para la intervención quirúrgica, con mortalidad reducida, o para la espera.

"Chemical changes of the blood under the influence of drugs. I. Ether—H. Atkinson & H. N. Ets.—J. Biol. Chem. 52,5—10 (1921)"—El plasma carbónico disminuye 36.9% (retornó a la normal a las 24 horas).—El azúcar aumentó 94% (el 22% a las 24 horas).—La creatinina aumentó 16.2% temporalmente. El período de la anestesia duró 2 horas.

"The relation of nutrition to tooth development and tooth preservation—I—A preliminary study of gross maxillary and dental defects

in 220 rats on defective and deficient diets."—E. V. McCollun, N. Simmonds, E. M. Kiney & C. J. Grieves—Bull. Johns Hopkins Hosp. 33, 202-15 (1922)—C. A. 16, 2713—La mayor proporción de los defectos orales se observaron en animales alimentados con dietas deficientes en proteina, cal y Vitamina A. En prómixo término, las dietas deficientes en cal, produjeron análogos defectos pero, el turno próximo fué ocupado por la dieta deficiente de cal y de la vitamina A. Ocupan lugar lugar intermedio las dietas (1) bajas en cal y altas en Vitamina A, (2) proteina reducida o defectuosa y Vitamina A. disminuida, (3) deficiente en vitamina A (solamente). En las ratas de donde se suple el laboratorio no se notaron caries, exposición de pulpa ni osteodentina, como tampoco alteración del tejido ni defectos maxilares.

"The chemical composition of the blood of pellagrins"—R. C. Levis—U.S.P.H.S., Hygienic Bull 116, 37-43 (1920)—C. A. 16, 2732—Se determinó nitrógeno no-protéico, urea, azúcar, cloruros, sodio, potasio, calcio y magnesio. No se notaron desviaciones del nivel normal.

"Biochemical studies in a fatal case of methanol poisoning"—I.M. Rabinovitch—Arch. Intern. Med. 29,821-7 (1922)—En una anciana de 70 años que sufría de envenenamiento por el metanol (alcohol de madera), se observó un aumento progresivo de los constituyentes de la sangre hasta alcanzar las cifras máximas siguientes: ácido úrico 9.5 mgs.—Nitrógeno uréico 144—Fósforo soluble en ácido de 8.6 a 10.8—Azúcar 225 mgs.—Creatinina 4.5 por 100 c.c. de sangre.—Disminución del ácido carbónico del plasma (26%) y del por ciento de saturación de oxígeno en la sangre (15.5%) hasta que ocurrió la muerte a los 6 días de ingerir el veneno. No se comprobó la presencia de la metihemoglobina. En la auptosia se removió el estómago y por el análisis químico se identificó el alcohol metílico.

"Chemical and physical analysis of blood in 30 normal cases"—A. O. Gettler and W. Baker—J. of Biol. Chem. 25, (1916)—211—Los valores normales resultantes del análisis químico de la sangre en individuos sanos han estado en mayor o menor desacuerdo, según lo han ido publicando distintos autores, debido más que nada, a la diferencia esencial de los métodos empleados como también a la naturaleza y al tiempo transcurrido desde la comida o comidas previas. Las cifras que se expresan a continuación representan una síntesis de las estadísticas publicadas por diversos autores en fechas distintas.

DATOS ANALITICOS APORTADOS POR VARIOS AUTORES
CIFRAS NORMALES

CUADRO NUMERO 1.

	Nitrógeno Total	Nitrógeno no-protéico.	Nitrógeno uréico.	Acido úrico.	Creatina.	Creatinina.	Azúcar.	Cloruro de sodio.
Myers and Fine.......	3000—3700 (Sangre)	......	......	... ...	....	....	....	....
	1100—1400 (Plasma)	......	......	....	....	....	....	....
	1200—1400 (Suero)	......	......	....	....	....	....	....
Gettler & Baker........		30—45	15—25	..0—3.5	3.0—6.5	0.1—0.5	50—120	Sangre (450—500) Plasma (560—640)
Folin & Denis.........		22—37	12—27	0.7—3.7	5.2—8.1	1.1—1.4		
Greenwald		30						
Bang		19—39	6—20				100—110	
Taylor & Hulton.......		25—28					50—150	
Mc Lean & Selling......		23—44	12—27					
Myers & Fine.........		25—30	12—15	1.0—2.0	5.0—10.0	1.0—2.0		Sangre (450—500) Plasma (650)
Hohlweg		40—61						
Schwartz & Mc Gill....			10.8—25.2					
Mase $ Zondek.........				2.5				
Levis & Benedict......							90—110	
Michaelis							90—130	
Strouse							40—120	
Naunyn							70—100	
Liefmann & Stern......							70—110	
Hollinger							70--100	
Frank							80—110	
Rolly & Oppermann....							62—88	
Kowarsky							50—110	
Freund & Marchand.....							55—120	
McLean & Van Slyke...								Plasma (597—614) Sangre 490
Rogee & Fritsch........								Sangre 450

Nota del autor:—En Puerto Rico estamos usando los excelentes y bien probados métodos de O. Folin y de Benedict y como norma o tipo de comparación, el "standard" de Myers & Fine que aparece en este cuadro.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PAGES 15-18 MISSING

CUADRO No. 3.

TABLAS DE DATOS ANALITICOS PARA FACILITÁR EL DIÁGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CIERTAS AFECCIONES.

(Chemico-Biological Diagnostics, by R. B. H. Gradwohl)

CONSTITUYENTE	MGS. POR 100 cc. DE SANGRE			
	ESTADO NORMAL		ESTADO PATOLOGICO	
	Minimum	Maximum	Aumento Peligroso	Cifras extremas en record
Nitrógeno no-protéico.......	25	30	80	300
Nitrógeno uréico...........	12	15	50	250
Acido Urico..............	1.5	3	7	10
Creatinina................	1.0	2.5	3.5	35
Glucosa...................	90	120	400	1100
Colesterina................	150	200	500	90

CUADRO No. 4.

CIFRAS TIPICAS EN LAS DIVERSAS FORMAS DE NEFRITIS, GOTA Y ARTRITISMO.

DIAGNOSTICO	Acido Urico mgs por 100 cc de sangre	Nitrógeno ureico mgs. por 100 cc. de sangre	Creatinina mgs por 100 cc. de sangre	Nitrógeno No-proteico por 100 cc de sangre
1 Gota................	9.5	13.0	1.1	30.5
2 Artritis..............	9.0	12.3	2.0	40.2
3 Nefritis intersticial crónica incipiente.......	8.0	37.0	2.7	80.0
4 Nefritis intersticial crónica moderadamente severa.................	8.3	72.0	3.2	90.4
5 Nefritis intersticial crónica con fenómenos urémicos............	22.4	204	16.5	254.0

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO NÚMERO 4.

1.—El ácido úrico solamente aumentado.

2.—El ácido úrico y el nitrógeno no-protéico elevados.

3.—El ácido úrico, la urea y el nitrógeno no-protéico aumentados de manera bien marcada.

4.—El ácido úrico aumentado, la urea y la creatinina más elevados que en la nefritis intersticial crónica incipiente, el nitrógeno no-protéico bien elevado.

5.—El ácido úrico, la urea, la creatinina y el nitrógeno no-protéico a una elevación en extremo exagerada.

CUADRO No. 5.

CIFRAS TIPICAS EN LAS DIVERSAS FORMAS DE DIABETES

DIAGNOSTICO	Azúcar en la sangre mgs. por 100 cc.	Azúcar en la orina Por ciento	Acido úrico por 100 cc en la sangre	N. Ureico mgs por 100 cc. en la sangre	Creatinina mgs por 100 cc. en la sangre	Poder de Combinación del plasma al acid. carb
Diabetes..........	750	1.23	2.5	15.2	1.4	31
Diabetes mostrando síntomas de nefritis intersticial...	530	1.3	5.0	44.0	2.3	49
Diabetes renal....	90	2.55	6.3	40.5	1.5	60

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO NÚMERO 5.

1.—Hiperglicemia; urea y ácido úrico normales (la integridad del riñón no está afectada); ácido carbónico del plasma disminuído (existe acidosis).

2.—Hiperglicemia; ácido úrico y urea aumentados; ácido carbónico del plasma disminuído (existe acidosis; el riñón está afectándose).

3.—Glucosuria sin hiperglicemia; aumento notable de urea y ácido úrico; ácido carbónico del plasma normal (no existe acidosis).

SUMARIO





BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO
PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

AÑO XVIII SEPTIEMBRE 1924 NUMERO 146

EN LA UNION ESTÁ LA FUERZA

La Asociación Médica de Puerto Rico se impuso este año como programa, el atraer a su seno a todos y cada uno de los médicos que practican honorablemente su profesión en la Isla.

Juntamente con la Asociación convivía entonces la Asociación de Médicos de Beneficencia, sustentando principios más o menos parecidos a los que inspira nuestra agrupación. La labor que realizaba la Sociedad de Beneficencia en pro de los intereses profesionales de sus miembros era altamente provechosa, redundando en beneficios prácticos para la clase médica en general.

Todos reconocíamos siempre, sin embargo, que la labor individual y separada de estas dos agrupaciones, era menos eficaz y sus recomendaciones menos respetadas y acatadas no sólo por el público en general sino por la misma clase médica, que lo que sería si se realizara una labor de consuno. Constantemente nos decíamos para nuestro fuero interno, que si todos unidos en un solo haz de voluntades, guiados por un solo cerebro y sintiendo como con un solo corazón, dedicáramos nuestro esfuerzo colectivo al bienestar y mejoramiento de la clase médica del país, no tardaríamos mucho en ver convertidos en realidades hermosas, muchos de los proyectos que hasta los más optimistas teníamos que conceptuar como utópicos.

La Asociación Médica de Puerto Rico deseosa de llenar esta laguna, invitó por conducto de su Directiva a la Asociación de Médicos de Beneficencia, para que conjuntamente redactaran un proyecto de bases que uniera y coordinara los esfuerzos de ambas asociaciones. (Véase el Reglamento aprobado, página 18). La realzación de este proyecto se debe en gran parte a la visión, inteligencia clara y buena voluntad de los compañeros que integraban la Junta Directiva de la Asociación de Médicos de Beneficencia. Estos compañeros, paladines entusiastas y defensores incansables de los altos intereses de los médicos de beneficencia, habían sido los fundadores y columna central del movimiento que representaban.

Después de repetidas reuniones entre ambas Juntas Directivas y la Cámara de Delegados de la Asociación Médica, se aprobó en principio el proyecto de reglamento que fué sancionado más tarde, unánimemente, por la Asamblea Conjunta Extraordinaria celebrada al efecto en San Juan, el mes de Junio próximo pasado. Púsose allí de manifiesto, una vez más, el espíritu de solidaridad y compenetración que anima a los compañeros de toda la Isla, de modo que puede, sin temor, augurarse, que esta feliz conjunción de cerebros y voluntades ha de contribuir poderosamente a la solución de los múltiples problemas científicos y económicos con que se confronta hoy la clase médica insular.

Entre estos múltiples problemas, muchos ya discutidos, ninguno merece atención más

inmediata, que la fundación de un aseguro médico, bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico. Esperamos que antes de terminar el año pueda esta utopía convertirse en realidad tangible.

Se impone el estudio cuidadoso de la condición en que se encuentran los servicios de beneficencia municipal y por ello nos permitimos llamar la atención a nuestros compañeros hacia el proyecto que aparece en nuestras páginas.

Un templo para el médico donde encuentre albergue nuestra Asociación y que pudiera ser potencialmente un faro luminoso que pudiera guiar los pasos de la clase médica insular, resultaría de verdadera utilidad. En él podían albergarse también las otras sociedades representativas de la medicina, de modo que haya una compenetración más íntima entre estas distintas agrupaciones de carácter y principios afines. Más tarde podría ésto servir de núcleo para la futura Academia de Ciencias Naturales, que tanta falta hace al país.

Pero ningún proyecto es de mayor urgencia, que el estudio de las condiciones en que se encuentran nuestros hospitales públicos y privados. La Asociación debe fomentar y organizar si es posible, un hospital dedicado exclusivamente al estudio y perfeccionamiento de la medicina regional.

La Asociación Médica de Puerto Rico, revitalizada, pues, con la nueva sangre de la Asociación de Médicos de Beneficencia, estableció siete asociaciones de distrito y en cada una de las cabeceras departamentales correspondientes, se levanta hoy orgullosamente una poderosa asociación de condado, que rivalizará con sus compañeros por sostener a la mayor altura la práctica de la medicina en Puerto Rico.

Un gran contingente de compañeros que permanecían aislados de estas dos agrupaciones, han hecho ya su franca adhesión a este movimiento y es de suponer, que los pocos que quedan aún rezagados, se convencerán muy pronto de que sólo a través del esfuerzo colectivo representado por la Asociación Médica de Puerto Rico, podrá la clase médica insular servir mejor los más altos intereses públicos de su competencia y hacerse acreedora, en justicia, al respeto y consideración públicos.

HISTORIA, ORGANIZACION Y ESTADISTISCAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE MATERNIDAD Y NIÑOS DE SAN JUAN DE PUERTO RICO

POR EL DR. LEOPOLDO FIGUEROA—DIRECTOR Y CIRUJANO-TOCÓLOGO DEL MENCIONADO HOSPITAL.

Compañeros:—Al aceptar la bondadosa invitación que me hizo la Directiva de la Asociación Médica, para que con un trabajo de la especialidad obstétrica a que me dedico consumiese uno de los turnos del Programa de esta Asamblea General y Anual de nuestra clase, tuve muy presente lo grave y difícil de la situación que tendría que afrontar al comparecer con el humilde fruto de mi modesta experiencia en las clínicas obstétricas del Hospital de Maternidad y Niños de San Juan, ante tan docta concurrencia; y fué tal el temor sentido ante la enorme responsabilidad que sobre mi gravi-

taba, que sentí un natural deseo de no aceptar el honor, y así hubiese sido, a no ser por las dos siguientes razones que sirvieron de móviles para no declinar la invitación:

1o.—Vuestra proverbial indulgencia en directa relación con vuestra vasta erudición médica y

2o.—El deseo de dar a conocer lo que es hoy nuestro Hospital de Maternidad, así como la estadística de los servicios que en él se prestan.

Compañeros: Para que podáis daros cuenta de las variantes en el funcionamiento de nuestra Maternidad, así como del progreso realizado en ella, permitidme hacer un poco de historia, de modo que podáis seguir el desarrollo del servicio obstétrico desde su génesis, en una salita de cinco camas en los Hospitales de Santurce en mayo 1, de 1909, hasta hoy diciembre del 1923 en que contamos con un hospital, que si bien es verdad, que las condiciones arquitectónicas del mismo, desde el punto de vista nosocomial dejan mucho que desear, también no deja de ser cierto, que su organización hoy se ajusta a las exigencias de la moderna clínica obstétrica, por lo cual estamos frente al siguiente caso: local deficiente pero servicios eficientes.

Los Hospitales Municipales de Santurce fueron inaugurados en 1 se mayo de 1909 y en dichos centros nosocomiales se destinó una pequeña sala con cinco camas para la asistencia de los casos obstétricos, los cuales eran atendido por el hoy eminente cirujano Jorge del Toro, quien rindió los siguientes informes:

	1909-1910	1910-1911
Partos normales.....	20	28
Partos distócicos.....	7	15
Cesárea	1	1
Defunción	1	1.36%
	28	44

El año 1912 se hizo cargo de este servicio el Dr. Vallecillo quien rindió los siguientes informes anuales:

	1912-1913
Partos normales................	70
Partos prematuros................	3
Partos gemelares................	2
Partos distócicos................	7
	82

En 1913-14 la estadística del Dr. Vallecillo aparece incompleta pues no se da cuenta de los casos normales sino de los distócicos, siendo como sigue:

Forceps	18
Versiones	3
	21

El año 1914-15 pasó a hacerse cargo de este servicio el hoy competentísimo oto-rino-laringólogo Dr. Laugier quien presentó los siguientes informes:

	1914-15	1915-16
Partos normales.......	118	126
Partos prematuros....	11	
Partos gemelares......	2	
Forceps	14	9
Versiones		8
Casárea vaginal.......	1	
Cesárea abdominal....	1	
	147	143

Al comenzar el año 1916-17 se puso al frente del servicio obstétrico el hoy reputado tocólogo Dr. Antonio Martínez Alvarez quien rindió los informes que a continuación se expresan:

	1916-17	1917-18 1er. semestre
Partos normales.......	183	51
Forceps	6	5
Versiones	7	
	196	56

El comienzo del segundo semestre del año económica 1917-18 o sea el 1o. le enero de 1918 marca una nueva etapa en la historia del movimiento evolutivo del servicio de maternidad, pues en esta fecha bajo la acertada dirección del Dr. José Gómez Brioso fué inaugurado el actual Hospital de Maternidad y Niños sito en la calle de San Sebastián de esta ciudad y en donde si bien es cierto que no se ponía a la altura que demandaba una institución de esta índole, no obstante tenemos que reconocer que ello marcó un gran paso de avance ya fue independizó la personalidad de la maternidad hasta entonces viviendo parasitariamente en el reducido ambiente de una salita con únicamente cinco camas para servicio tan necesario y frecuente, razón por la cual ya desde el año 1914-15, el eminente alienista Dr. Goenaga, entonces Director de los Hospitales Municipales señalaba la necesidad de construir un nuevo hospital para cirugía y dedicar a maternidad el actualmente a servicio del ramo quirúrgico.

En este sentido también han trabajado el gran tocólogo Dr. Belaval y el reputado Dr. Gómez Brioso. En la actualidad se construye el moderno hospital de cirugía pero la suerte que corra la Maternidad en relación con la transformación del actual hospital de cirugía en Maternidad, que fué la idea madre, hasta hoy permanece como un problema planteado pero sin haber sido resuelto de un modo u otro, no obstante la ordenanza original, ulteriormente enmendada, haber hecho la apropiación para construir un hospital de Maternidad y no de cirugía.

Ahora nosotros entendemos que es de gran necesidad la construcción del Hospital de Cirugía pero también entendemos que es de imperiosa e imprescindible necesidad o bien la transformación del actual Hospital de Cirugía en Maternidad o la construcción de un plantel nosocomial obstétrico que responda a las modernas exigencias y necesidades de un servicio científico.

La estadística que presenta el Dr. Gómez Brioso es como sigue:

	1918-19
Partos normales	200
Forceps	7
Versiones	9
Cesárea	2
	218
Mortalidad materna...............	4.90%
Mortalidad Infantil...............	17.1

La estadística del año 1919-20 no la hemos podido obtener, suponiendo no fuera hecha debido al cambio político de administración en San Juan, por lo cual llegamos a los informes rendidos por los Doctores de la Vega y Polanco, el priemro en 1920-21 y 1921-22 el segundo:

	1920-21	1921-22
Partos normales.......	256	287
Forcepts	14	10
Versiones	8	14
	278	311

Hasta fines del año 1921-22 o sea durante 13 años el resumen del movimiento obstétrico fué el siguiente:

Partos normales	1357
Partos distócicos	167
Total.................	1524

En Octubre 15 de 1922, al regresar de Europa, me hice cargo de la Dirección del Hospital Maternidad y Niños, el cual estaba organizado como un hospital de dos plantas, una dedicada a niños y otra al servicio Maternidad, pero todo en él era tan eficiente, que dos días después de hacerme cargo de la Dirección o sea el 17 de Octubre, me veía precisado por conducto del Comisionado de Beneficencia a dirigirme al Consejo de Administración del Municipio con una comunicación de la cual entresaco algunos párrafos que ponen de manifiesto mi grito de protesta de entonces ante el estado tan deplorable en que se encontraba dicho hospital desde el punto de vista de las garantías a la salud de las infortunadas pacientes que la necesidad obligaba a solicitar la asistencia en él.

He aquí fragmentos del informe:

"Acompaño a esta, tres planos: el No. 1 del Reparto del Hospital de Maternidad y Niños al harerme cargo de la dirección del mismo; No. 2 de las reformas en dicho reparto sugiero y No. 3 de la construcción a efectuar en la azotea de dicho Hospital para poder hacer viable la propuesta reforma No. 2"

....

....

"Es señores del Concejo un sacrilegio médico y un crimen, de humanidad el permitir siquiera un *parto más* dentro de la organización actual de Maternidad, donde están juntas las embarazadas y paridas en la misma sala; y como si no fuera bastante esto, se aumenta el peligro permitiendo a las mencionadas embarazadas parir en la misma sala y en la misma cama que ocupa en dicha sala. No quiero comentar esto, sino señalar simplemente el hecho".

....

....

"Si os fijáis en el plano del actual Hospital notaréis que la despensa se encuentra localizada entre el cuarentenario, o sea el departamento de enfermedades infecciosas, contagiosas y trasmisibles a un lado y al otro lado un inodoro."

"Ya no sólo esto está en pugna con los más elementales principios sanitarios sino lo que es más aún, hasta con lo que dicta el buen juicio en materia de escrúpulo y aseo."

....

....

"¡Cuán inmenso peligro de contaminación de los alimentos! Creo esto es tan grave y de conocimiento tan vulgar que no necesita mayor explicación."

"Las enfermeras viven hacinadas, en abierta violación con los más rudimentarios principios de higiene, lo cual es atentatorio a la salud y vida de estas sacerdotizas de la piedad que exponen a cada segundo su vida por conservar la de un semejante."

....

....

Venciendo centenares de obstáculos, unos de orden económicos y otros debido a lo inadecuado del local, que no es otra cosa sino un viejo caserón, al fin pude establecer el Servicio de Maternidad sobre base de una organización científica resultado de mis visitas de estudios a las grandes instituciones dedicadas a este ramo en París, Berlín, Madrid, Londres, Barcelona, y New York, y cuya organización consta de los siguientes departamentos y servicios:

1o.—Gabinete de Consultas médicas sobre eugénesis y puericultura; patología de la gestación y post puerperio.

2o.—Sala de reconocimientos, incluyendo estos, exámenes pelvimétricos, cardio pulmonar y renal con análisis de orina en relación con la patología gravídica.

3o.—Sala de gestantes, en donde perma-

necen hasta que comienzan los fenómenos clínicos del parto.

4o.—Sala de ante-parto, pequeña salita con dos camas exclusivamente dedicadas a las que ya han comenzade el trabajo del parto y en donde permanecen hasta el comienzo del período expulsivo.

5o.—Sala de trabajo del parto normal o eutócico, donde son trasladadas al comenzar el período expulsivo hasta la terminación del alumbramiento. Esta sala está equipada con su mesa especial para parto, tanques con soluciones desinfectantes, tambor de mediana capacidad con sábanas, batas, tohallas, apósitos, torundas y guantes estériles; bandejas con instrumental estéril; recipiente con agua siempre estéril y caliente para una emergencia hemorrágica o de asfixia del recién nacido; mesa para recibir el baby con dos bañeras provista una con agua fría y la otra lista a recibir agua caliente para en caso de asfixia, para lo cual está también preparada una bandeja con una pinza de lengua, pera de Ribemont, para extraer las secreciones intra-traqueales, y estimulantes hipodérmicos y por vía refleja como el éter.

Además hay una bandeja expresamente para recoger la placenta con sus anexos de modo a poderla examinar debidamente.

Es de señalar que no se permite bajo circunstancia alguna el hacer un parto sin la paciente tener rasurada y bien desinfectada la región vulvar, perineal e interna de los muslos, así como sin usar sábanas estériles, la parturiente y bata y guantes estériles la partera y ayudante.

6o.—Sala de Operaciones o de Partos Distócicos, equipada con todo lo necesario, desde la mesa de operaciones ad hoc, mesa de material estéril, mesa de instrumental, mesa de anestesia, estantes con soluciones desinfectantes, tanques con soluciones desinfectantes hasta el aparato de suero siempre listo para cualquier emergencia quirúrgica, de igual modo que lo está el balón de oxígeno listo para cualquier emergencia anestésica.

En cuanto al instrumental, es completo para toda clase de intervención teniéndose a disposición del tocólogo el instrumento que solicite para cualquier operación del ramo, aunque ella sea la ya abandonada sinfisiotomía.

La sala de parto reune magníficas condiciones en lo que a calefacción se refiere para el recién nacido y si el lujo no reina en ella, lo hace como una soberana severa, la limpieza más absoluta.

7o.—Sala de Puerperio, donde son trasportada las parturientas después del alumbramiento y donde permanecen hasta el noveno día en que se les dá de alta, si no hubiese complicación alguna.

8o.—Sala de Aislamiento, sitio donde se recluyen los casos infectados.

9o.—Cuarto de curaciones para casos infectados exclusivamente, con todo el Servicio independiente tanto de enfermeras como de material a usar.

10.—Sala de incubadoras; a esta se trasporta el recién nacido y se pone sistemáticamente durante 4 o 6 horas en una incubadora para irlo adaptando al nuevo ambiente que habita al abandonar el claustro materno.

Existen dos incubadoras, una de gas y otra eléctrica para los infradesarrollados.

11.—Sala de toilet del baby, con su bañera, y servicio de curación umbilical y ocular, así como con balanza y aparato para mensura de la talla, efertuándose por tanto la *pediometría* tan trascendental hoy en pediatría en unión de los cuidados de profilaxis ocular y umbilical.

12.—Sala de babies, donde cada niño

ocupa una cuna con un número igual al de la cama de la madre y con una pulserita con dicho número de modo que en ningún momento pueda ser factible el cambio de un niño por otro.

Además a cada baby se le lleva su historia clínica diaria, en donde se lleva el record desde su peso hasta la alimentación sin dejar de anotar ninguna de las observaciones que demanda tan delicado organismo.

Los babies permanecen separados de las madres y solo se les llevan a las horas de la lactancia.

13.—Sala de aislamiento para babies, en esta se ponen los enfermos o los que pertenecen a parturientas en aislamiento.

14.—Departamento de Esterilización: provisto de un magnífico autoclave nuevo de 20 x 28 y dos tanques esterilizados de agua de 35 galones cada uno o sea un total de 70 galones de agua estéril.

15.—Departamento para pacientes pudientes, habiendo cupo para siete, cuatro en cuarto de una sola cama que solo pagan $2.50 diario y tres en un saloncito de tres camas, pagando $1.50 diario.

* * *

De la anterior organización podrá verse que los servicios actualmente están separados en absoluto.

1.—Entre gestantes y puerperio;

2.—entre puérperas fisiológicas y puérperas patológicas.

3.—entre puerperas y babies y

4.—entre babies de sala de puerperio fisiológico y babies de puerperio séptico.

También hay que señalar en relación con el personal de enfermeras, que cada uno de estos servicios tiene las cuyas exclusivamente dedicadas a la atención del mismo, sin que en ningún momento intervengan en los restantes servicios. Los cambios de enfermeras en cada servicio no tienen lugar sino al final de cada mes.

* * *

Una vez conocida la organización del hospital pasemos ahora a presentar la estadística de trabajos realizados en 14 meses que llevo al frente del mismo, de modo que se pueda apreciar el fuerte incremento de los trabajos en él realizados.

Año 1922	Partos normales	Partos distócicos	Total
Octubre	31	4	35
Noviembre..	41	5	46
Diciembre ..	52	8	60
Año 1923			
Enero......	38	13	51
Febrero.....	34	8	42
Marzo......	52	11	63
Abril.......	42	5	47
Mayo.......	55	5	60
Junio......	50	10	60
Julio.......	48	6	54
Agosto......	45	5	50
Septiembre..	51	4	55
Octubre.....	50	3	53
Noviembre..	60	1	61
	649	88	737

De estos 88 casos distócicos hubo 7 cesáreas, 3 partos provocados con el metreurinter y seguido de versión podálica en dos casos y extracción por forceps en uno; 4 versiones podálicas; tres basiotripsias y 71 aplicaciones de forceps.

En estos 737 partos hubo una mortalidad fetal ascendente a 32 o sea menos del 4½%, siendo la avariosis la principal de las causas entre los natimuertos.

Además de estos partos, hubo en este tiempo 12 extracciones de placenta, 13 casos de fiebre puerperal (11 de ingresados como tales), 4 casos de hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta y 59 abortos, lo cual sumado todo al número de partos dá un total de pacientes tratados ascendentes a 821 con una mortalidad de 3 o sea mucho menos del 1%: 0.37%.

Si ahora establecemos un paralelo entre toda la labor obstétrica realizada en los 13 años y la efectuada en los 14 meses a que se refiere nuestra estadística se verá que el promedio de casos tratados en tan corto tiempo es de más de la mitad de los asistidos en el largo término de 13 años tanto en los casos normales como en los distócicos.

Fáltanos también agregar alrededor de 150 altas provisionales que fueron dadas después de dos o tres días de observación y tratamiento de complicaciones gravídicas..

Dispensario:—Las consultas están organizadas sobre la base siguiente: los miércoles, reconocimiento obstétrico; viernes: pelvimetría, análisis de secreciones útero-vaginales y consejo de puericultura; lunes, examen de los aparatos cardio-vascular, respiratorio, y urinario con examen de orina en relación con la patología gravídica, y consejos de eugenesis. El número de casos examinados asciende a más de 1200 y de los cuales se lleva un record especial en una tarjeta ad hoc que se conserva en los archivos del hospital.

Ahora solo nos falta añadir la estadística del estado de las parturientas, la cual arrojó 16% de casadas y por tanto de hijos legítimos sobre el número total de ilegítimos y un predominio de 2% del sexo hembra sobre los varones nacidos en el hospital.

Y ahora como dato final estadístico daremos el relacionado con el estudio de las presentaciones y posiciones en más de 800 casos y el cual ha sido como sigue:

O. I. I. A. 66%
O. I. D. P.......32%

Estos datos se acercan a las cifras dadas por Hecker que establece 69.7% en las O. I. I. A. y 27.% en las O. I. D. P., y se alejan del alto por ciento que fija Dubois en las O. I. I. A. que lo hace llegar al 71% mientras hace descender las O. I. D. P. a 25.5%.

El profesor Pinard nos da la siguiente estadística: O.I.I.A.—61.32%: O.I.D.P.—26.70%.

Si estudiamos estas estadísticas nos fijaremos que la nuestra ocupa casi un sitio intermedio entre las halladas por estas glorias de la ciencia obstétrica, aunque se separa bastante de la estadística de la clínica Baudelocque de París que establece 56.31% en las O.I.I.A.

Después de esto, termino compañeros, sintetizando o resumiendo la labor por mí realizada en el Hospital de Maternidad en estas dos finalidades: 1o. Para contribución al progreso de la tocología en Puerto Rico y 2o. Para beneficio y seguridad de nuestra mujer, cuando después de un calvario de nueve meses de torturas y molestias físicas, abre sus entrañas sangrantes para entre sufrimiento y dolor dar a la familia y a la patria el hijo fruto de sus amores y ésto con exposición y riesgo de su vida, en holocausto de la sacra función que la convierte en dulce, cariñosa y amantísima madre.

PROGRAMA DE LA ESCUELA DE MEDICINA TROPICAL DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, BAJO LOS AUSPICIOS DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA

Mientras se edifica el nuevo Instituto de Medicina Tropical en San Juan, con sus laboratorios especiales, el curso dará principio en Noviembre de 1924 en la Universidad de Columbia, trasladándose los estudiantes a San Juan en Enero de 1925 para el estudio clínico.

El curso comenzará el primero de noviembre de 1924 en los laboratorios de Columbia en la ciudad de Nueva York, proveyendo la instrucción que únicamente puede darse en laboratorios amplios y preparados, mientras se edifique el nuevo Instituto de Medicina Tropical en San Juan con sus laboratorios especiales para el estudio de bacteriología, micología, anatomía patológica , química, química biológica, entomología, farmacología, botánica tropical, helmintología, protozoología y de los alimentos considerados como factor biológico en la nutrición, y con su dispensario para derivar fuentes de investigación científica.

Este nuevo Instituto tendrá una gran biblioteca con todos los periódicos científicos mundiales, libros de referencias y facilidades para la investigación de la literatura de la medicina general y tropical; un museo para coleccionar especímenes demostrativos de las enfermedades, insectos, vermes, y plantas tropicales; un salón de conferencias; un laboratorio para el uso del cuerpo estudiantil; etc.

En Enero de 1925 se trasladarán los estudiantes desde New York a San Juan, donde recibirán su curso práctico relacionado con el estudio clínico de las enfermedades tropicales y salud pública en estas latitudes. El curso clínico abarcará:

1.—Sprue, pelagra, beriberi, y desórdenes nutriocionales peculiares a la zona tropical. Habrá trabajos y demostraciones clínicas en los salones del Hospital Municipal suplementados por estudios clínicos allí mismo, tanto como en el Instituto y en los laboratorios del departamento de salud pública.

Lunes, Miércoles y Sábados, desde Enero 5 hasta Marzo 7.

Horas 9 a 12 a. m.

2.—*Lepra.* Trabajo clínico en los salones del nuevo leprosario donde se familiarizarán los estudiantes con los distintos tipos de esta enfermedad, métodos de diagnóstico, de tratamiento y de su higiene especial.

Diariamente de 9 a 5 p. m. durante Marzo.

3.—*Medicina Tropical.* Trabajos clínicos y de laboratorio en los salones y dispensarios del Hospital Presbiteriano. Se asignarán casos a los estudiantes para estudios intensivos.

Diariamente de Enero 5 a Marzo 7, de 1 a 5 p. m.

4.—*Cirugía Tropical.* Demostraciones operatorias ilustrando procedimientos quirúrgicos aplicados a las enfermedades tropicales.

5.—*Conferencias clínico-patológicas.* Estas conferencias serán asistidas por toda la facultad clínica y de laboratorio con discusión de casos y demostraciones de especímenes pa-

tológicos. A estas conferencias será invitada toda la clase médica de la localidad y de la Isla.

Todos los Viernes de 5 a 6 p. m. clínicos, diagnósticos y prevención.

6.—*Peste bubónica.* Caracteres. Habrá una serie de conferencias y demostraciones prácticas para el exámen de ratas, etc., en el servicio especial del departamento de salud pública contra la plaga.

Los Martes y Jueves desde Febrero 19 hasta Marzo 7, de 9 a 12 a. m.

7.—Trabajos en los centros establecidos para fomentar la salud pública y el mejoramiento médico-sociológico (Public Health and Social Welfare Service). Este trabajo se hará en los centros para la divulgación de nociones de higiene especial tocante a las enfermedades prevenibles, establecidos por el departamento de salud pública. Los estudiantes tomarán una parte activa en las clínicas mantenidas para la disminución de las enfermedades venéreas y la tuberculosis, y las que se dedican a proteger y tratar las madres y los niños de las causas morbíficas más comunes. Se asignarán casos para el estudio especial, se celebrarán conferencias, y se darán demostraciones prácticas sobre los métodos más convenientes para evitar los males sociales.

Jueves y Viernes desde Enero 8 hasta Febrero 13. Horas: de 9 a 12 a. m.

8.—*Sanidad Tropical.* Conferencias y demostraciones prácticas sobre la provisión de agua, disposición de inmundicios y desperdicios, inspección de alimentos y drogas, higiene de domicilios y casas, problemas locales de higiene industrial, y desinfección.

Marzo 16 a Marzo 31, diariamente de 9 a 5 p. m.

9.—*Conferencias informales* sobre las enfermedades tropicales que no existen en Puerto Rico, en que toda la facultad de la escuela tomará parte.

Todos los Martes de 4:30 a 5:30 p. m.

10.—*Una expedición de clínica campestre a Utuado.* En un Hospital del departamento de salud pública se abrirá un dispensario que demostrará prácticamente las enfermedades de esta Isla y se hospitalizarán casos para el estudio y tratamiento intensivo. Esta clínica tendrá un laboratorio clínico para el debido examen y estudio microscópico de sangre, orinas, heces, etc. Además de esta expedición se harán otras a los centros establecidos por la "Rockefeller Foundation" para el estudio y tratamiento de la uncinariasis y la malaria.

La expedición a Utuado será bajo la dirección personal de instructores de todos los departamentos de la escuela.

Mayo 4 hasta Mayo 30.

REVISTA DE REVISTAS

PERCUSION AMBIDIESTRA

El Dr. Gerald W. Webb, de Colorado, sugiere que se haga la percusión del pecho usando de plexímetros, alternativamente los dedos de ambas manos. Cuando se examina el lado derecho del pecho el segundo dedo de la mano derecha del práctico debe servir de plexímetro y la percusión se hace con el segundo dedo de la mano izquierda. Por el contrario, cuando se desea examinar el lado izquierdo del pecho se hace la percusión con el segundo dedo de la mano derecha. De esta manera, explica el Dr. Webb, la percusión del pecho resulta mucho más eficaz y más fácil. También se elimina así muchos

errores de apreciación en cuanto al tono de las notas que se transmiten por la pared toráxica. (*Journal de la Asociación Médica Americana*).

EL SUERO DE LA SANGRE DE POLLO PROTEGE CONTRA LOS PNEUMOCOCOS

Berger y Montgomery han hecho interesantísimos experimentos en animales y en niños en los cuales se trataron infeccines pneumocócicas con la sangre o suero de varias aves, en su mayoría pollos. Estos investigadores hallaron que el suero de la sangre del pollo confería inmunidad completa contra infecciones pnemocócicas que habían causado la muerte en 20 horas a otros animales no inmunizados. El suero es más activo cuando fresco que cuando viejo. La dosis del suero parece no ejercer influencia alguna en los resultados obtenidos. Creen los investigadores Berger y Montgomery que hay en la sangre de la gallina normal una substancia inmunizante que protege contra todos los tipos del pneumococo. La protección que confiere el suero de la sangre del pollo está en proporción inversa al período de tiempo que transcurre entre la infección y la administración del suero. (*Missouri State Medical Journal St. Louis*).

TRATAMIENTO DE LA GONORREA POR MEDIO DE INYECCIONES DE ACRIFLAVINA

Jacob y Verasingam, en la Gaceta Médica de Calcutta, dan cuenta de los resultados satisfactorios obtenidos en el tratamiento de la gonorrea con la inyección intravenosa de Acriflavina en una solución al 1:500. La primera dosis es de 100 c.c., y la segunda dosis, dos días después, de 150 c.c. Las demás dosis son de 200 c.c. Los mejores resultados se obtienen en los casos incipientes.

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CON TÁRTARO EMÉTICO

Pereira, de Calcutta, informa haber obtenido muy buenos resultados en el tratamiento de úlceras no-sifilíticas por medio de la inyección intravenosa de una solución esterilizada de tártaro emético al 2%, con fenol al 1%, en agua destilada. La primera dosis es de 2.5 c.c. de la solución. Cuatro días después se inytctan 3 c.c. No más de tres inyecciones son necesarias. Este tratamieto es de valor solamente en las úlceras necróticas y sucias de carácter no-venereo. *(Gaceta Médica de la India, Calcutta).*

USO DEL CLORURO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

Vedder y Sawyer, médicos del ejército de los Estados Unidos, han hecho valiosos experimentos que comprueban, según ellos, que las inhalaciones de cloro en una concentración de 0.015 mgs. por litro durante una o más horas poseen propiedades curativas de gran eficacia en los catarros, influenza, coqueluche, y otras enfermedades de las vías respiratorias.

PERCENTAJE DE NECROPSIAS

Ludvig Hektoen, de Chicago, es de opinión que el percentaje de autopsias de un hospital es un valioso índice de la eficiencia de esa institución. En la inmensa mayoría de los hospitales de Estados Unidos, el percentaje de autopsias en relación con los pacientes que mueren en el hospital no pasa de un 20%. Hektoen cree que todo hospital debe hacer lo posible por estimular la práctica de autopsias. Se debe solicitar el permiso de los familiares para practicar la autopsia, en todos los casos fallecidos en la institución, valiéndose de un plan acordado previamente para hacer comprender a la fami-

lia y a la comunidad la importancia que reviste para ellos mismos cada necropsia que se lleva a efecto. *(Journal de la Asociación Médica Americana)*.

SOLUCIÓN DE GOMA Y GLUCOSA PARA EL SHOCK QUIRÚRGICO

Coburn,, de New York, ha obtenido muy buenos resultados con el uso de una solución de goma de acacia y glucosa en el tratamiento del "Shock" post-operatorio. Coburn usa 250 c.c. de una solución al 6% de goma de acacia y al 20% de glucosa, intravenosamente. La solución debe ser administrada de modo lento, a razón de 4 c.c. por minuto. *(Journal de la Asociación Médica Americana.)*

EXPERIMENTOS SOBRE EL USO DEL CLORO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

El Departamento de Sanidad de New York ha decidido hacer experimentos en el uso del cloro en el tratamiento de catarros, bronquitis y otras afecciones respiratorias. Los primeros experimentos se harán en el hospital Willard Parker, y, si estos tienen éxito, el novel médico de tratamiento se introducirá en todos los demás hospitales de enfermedades contagiosas del Departamento de sanidad. *(Journal de la Asociación Médica Americana)*.

RESECCION TOTAL DEL COLON EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.

Huber refiere el caso de un niño de diez años de edad que padecía la enfermedad de Hirschsprung, y a quién él extrajo todo el intestino grueso, uniendo después el bajo ileum con la parte superior del recto. El resultado fué excelente, y el niño siguió en perfecta salud después de la operación, sin que su desarrollo físico sufriese el menor trastorno.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ANEMIA PERNICIOSA.

Walterhofer y Schramn han obtenido gran mejoría en ocho casos de anemia perniciosa mediante la extracción de la médula de uno o más de los huesos largos del cuerpo. En sus casos, las operaciones se han hecho en la tibia. Este procedimiento se basa en el principio de que la extracción de la médula del hueso, en casos de anemia perniciosa, es generalmente seguida de una regeneración espontánea de la médula normal. *(Acta Médica Escandinavica)*.

TRATAMIENTO DE LA BILARZIOSIS EN LOS NIÑOS.

Cawston, de Londres, es de opinión que cualquier caso de Bilarziosis puede curarse en término de un mes con la inyección intravenosa de tártaro emético. La dosis máxima para un niño de 9 años es ½ grano. En un término de 24 días se pueden inyectar 9 granos a un niño de esta edad. Para niños de 12 años, la dosis máxima es de 2|3 de grano, y, para los de 15 años, un grano como dosis y un total de 15 granos en 24 días. Cinco inyecciones pueden darse durante la primera semana, cinco durante la segunda, cuatro en la tercera y tres en la cuarta semana. *(Journal de Medicina Tropical e Higiene, Londres)*.

BRONQUITIS AMIBIANA

Petzetakis describe una nueva forma de bronquitis o broncopneumonia caracterizada por la presencia de endamebas vivas en el esputo. Las hemoptisis son frecuentes en esta condición, que puede ser confundida con la tuberculosis pulmonar. Petzetakis ha hallado el bacilo de la tuberculosis coexistente

con la amiba en el esputo. Es posible, según él, adquirir la bronquitis amibiana mediante la inhalación de polvo infectado con amibas. Este investigador ha hallado también varios casos de cistitis y nefritis amibianas. (*Jornal de Mendicina Tropical e Higiene, Londres*).

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS REACCIONES DE WASSERMANN Y MEINICKE

McGlumphy, de Chicago, ha hecho 1162 ensayos para determinar el valor comparativo de las reacciones de Wassermann y Meinicke. Los puntos sobresalientes en sus observaciones, son: (1) El gran número de casos en que dos reacciones concuerdan. (98.7%). (2) La positiva eficacia de la reacción de Meinicke, en el diagnóstico de la sífilis. (*Journal of Laboratory and Clinical Medicine, St. Louis.*

TRATAMIENTO DE PLACENTA PREVIA

McPherson, de New York, apunta los resultados obtenidos en 591 casos de placenta previa, con distintos tratamientos. Su mortalidad fué de 12.1% para la madre y 42% para el niño. En la mayoría de los casos (354) el tratamiento preferido fué el taponamiento con gaza seguido de la versión podálica interna. Hubo 34 cesáreas abdominales, 20 operaciones de Braxton-Hicks, extracciones de nalgas y 22 craniotomías de niños muertos. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis*).

LEY

REORGANIZANDO LOS SERVICIOS DE BENEFICENCIA, LIMPIEZA Y EXTRACCION DE BASURA EN LOS MUNICIPIOS DE PUERTO RICO.

Por el Dr. M. Berríos Berdecia.

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1.—Esta ley se denominará *"Ley Reorganizando los Servicios de Beneficencia, Limpleza y Estracción de Basuras"* y se aplicará a todos los municipios que existan en la actualidad y a los que en lo sucesivo fueren creados.

Art. 2.—Por la presente se entrega al Comisionado de Sanidad Insular los servicios de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras para su organización, manejo y ejecución de acuerdo con lo que más adelante se estipula en esta Ley.

CLASIFICACIÓN DE MUNICIPIOS

Art. 3.—Los Municipios se clasifican a los fines de esta Ley en cinco categorías, a saber:

1.—*Primera Clase.*—A la cual corresponderán aquellos Municipios cuyo último censo sea o exceda de 68,000 habitantes.

2.—*Segunda Clase.*—A la cual corresponderán aquellos Municipios cuyo último censa sea o exceda de 40,000 habitantes.

3.—*Tercera Clase.*—Corresponderán aquellos Municipios cuyo último censo sea o exceda de 20,000 habitantes.

4.—*Cuarta Clase.*—Corresponderán aquellos Municipios cuyo censo sea o exceda de 14,000 habitantes.

5.—*Quinta Clase.*—Corresponderán aquellos Municipios cuyo último censo sea menor de 14,000 habitantes.

Art. 4.—Empezando el primero de julio de 1925 el Tesorero de Puerto Rico, queda por la presente autorizado para deducir y se le ordena que deduzca de cualesquiera fondos en suposesión pertenecientes a los respectivos Municipios, una cantidad igual al 30% de los ingresos netos de cada Municipio las cuales cantidades serán ingresadas en los fondos generales del Tesoro Insular para hacer frente a los gastos en que incurriere el Departamento Insular de Sanidad, en los Servicios de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras en cada Municipio, *Disponiéndose,* que la frase INGRESOS NETOS, según se emplea en este artículo se interpretará en el sentido de significar la suma de los fondos ordinarios, y los fondos para caminos, disponibles para ser invertidos durante el año, con excepción del School Tax.

ASAMBLEA MUNICIPAL

Art. 5.—Corresponderá privativamente a la Asamblea Municipal:

1.—El someter candidatos al Comisionado Insular de Sanidad para los diferentes cargos que han de crearse en la nueva organización de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras.

2.—El formular cargos justificados ante el Comisonado Insular de Sanidad(contra cualquier empleado relacionado con los Servicios arriba indicados.

FACULTADES DEL COMISIONADO DE SANIDAD INSULAR.

Art. 6.—Corresponderá privativamente al Comisionado de Sanidad Insular:

1.—El nombramiento con el consejo y consentimiento de las respectivas Asambleas Municipales de todos los empleados en los servicios de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras.

2.—La separación por justa causa, previa audiencia de parte y oportunidad de defenderse de todos los empleados del Servicio de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras.

3.—Cubrir las vacantes que ocurran de momento, en cualquier Municipio de Puerto Rico, que se relacionen con los precitados servicios.

4.—La fijación en el Presupuesto de su Departamento de los sueldos de todos los empleados a excepción de Médicos, Nurses, Practicantes y Farmacéuticos.

5.—La división de la Isla de Puerto Rico en SIETE DISTRITOS, que se titularán *"Distritos de Sanidad y Beneficencia"* y deberá sostener un Médico en cado uno de estos Distritos quien se titulará "Inspector Médico de Sanidad y Beneficencia" y, visitará sus respectivos Municipios periódicamente, según le fuere ordenado por el Comisionado de Sanidad. Estos Médicos serán Jefes y Fiscalizadores de todos los empleados de Sanidad y Beneficencia en sus respectivos Distritos.

6.—Se hará cargo de todas las dependencias de Beneficencia que actualmente tienen los Municipios tales, oomo Hospitales, Salas de Emergencia, Dispensarios, Consultorios Médicos, Asilos, Farmacias, etc. lo mismo que de todo el materal disponible usado en los Servicios de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras: *Disponiéndose,* que en este material debe incluirse el material andante y rodante, y *Disponiéndose, además,* que toda la propiedad mueble o inmueble en la actualidad destinada por los Municipios de

Puerto Rico, a los Servicios de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras queda por la presente transferida al Pueblo de Puerto Rico.

7.—Sostener un Médico y una Nurse o Practicante por cada 8,000 habitantes en todos los Municipios.

8.—En los Municipios de primera, segunda y tercera categoría, deberá sostener un Farmacéutico, con oficina de Farmacia abierta, para uso exclusivo de pacientes insolventes y en los demás Municipios establecerá dispensarios o firmará contratos con los farmacéuticos locales para la adquisición de drogas, material quirúrgico y demás efectos que requiere el Servicio de Beneficencia.

9.—En los Municipios de Quinta categoría, deberá sostener un Hospitalillo, por lo menos de seis camas, el cual estará a cargo del Médico de Sanidad y Beneficencia Local; *Disponiéndose,* que en los pueblos donde no exista un Hospital actualmente, se prepare un local adecuado para este fin, *Disponiéndose, además,* que si el Municipio no cuenta con un local, se arriende uno, que se ajusta a los requisitos que exige el Departamento de Sanidad Insular.

10.—La creación de un Servicio de Médicos Rurales, en aquellas zonas que lo crea conveniente y en los Municipios que por su categoría lo demanden, debiendo proveerles el Departamento de Sanidad Insular, de caballos, maletines y material usable para estos servicios, *Disponiéndose,* que el Médico Rural estará bajo el control del Médico Local de Sanidad y Beneficencia. donde fuera a prestar sus Servicios.

11.—En los Municipios que por su categoría sostenga Hospitales, Asilos o cualquiera otra institución de Beneficencia, deberá sostener un Director en cada una de estas Instituciones, lo mismo que todo el personal técnico necesario para la buena marcha de las mismas.

Art. 7.—Todas las contribuciones impuestas por los municipios de Puerto Rico, para la amortización de Empréstitos para fines de Beneficencia, Limpieza y Extracción de Basuras, serán recaudados y conservados por el Tesorero de Puerto Rico y dedicados a los fines para los cuales fueron impuestos en igual forma que hasta el presente.

SUELDOS

El Sueldo de los Médicos Inspectores de Sanidad y Beneficencia de Distrito será de TRES MIL DOLARES anuales, y el de los otros Médicos, será de DOS MIL QUINIENTOS DOLARES.

El de los Farmacéuticos será de MIL DOLARES anuales y el de las Nurses o Practicantes, de MIL DOLARES.

TRANSITORIO

Art. 8.—A partir del día que entrare en vigor esta Ley, los actuales Directores de Beneficencia Municipal, asumirán el cargo de Médico de Sanidad y Beneficencia, hasta que el Comisionado Insular de Sanidad haga los nombramientos permanentes que requiere esta Ley. *Disponiéndose* que el Médico de Sanidad y Beneficencia dirigirá los Servicios de Limpieza y Extracción de Basuras hasta que el Comisionado Insular de Sanidad haga los nombramientos permanentes. *Disponiéndose, además,* que en los Municipios donde no hubiere director de Beneficencia, el Alcalde dirigirá estos Servicios, hasta que sea nombrado el Médico de Sanidad y Beneficencia.

DEROGACIÓN

Art. 9.—Toda ley o parte de Ley en conflicto con la presente, queda derogado especialmente el párrafo Segundo del Art. 29 de la Ley Número 85 "Estableciendo un Sistema de Gobierno Local Reorganizando los Servicios Municipales, aprobada el 31 de julio del 1919, según fué enmendado por la ley Número...... del 1924.

VIGENCIA

Art. 10.—Esta Ley empezará a regir a los NOVENTA DIAS después de su aprobación.

REGLAMENTO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO APROBADO EN LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA CELEBRADA EN SAN JUAN EL 29 DE JUNIO DE 1924

ARTICULO I.

DE LOS MIEMBROS

Sección 1.—Todo médico autorizado legalmente para ejercer su profesión en Puerto Rico, que sea de buena conducta moral y profesional y que no defienda o practique o asegure que practica un sistema exclusivo de medicina, puede ser elegido socio.

Sección 2.—Todo candidato debe hacer su solicitud por escrito, especificando su edad, sitio y fecha de su graduación, en donde ha ejercido la profesión y la fecha de la licencia para ejercer en la Isla. La solicitud debe venir acompañada de la cuota correspondiente y firmada por los miembros de la Asociación.

La solicitud será referida a la Directiva General, la cual por sí misma o por mediación de la Junta Directiva del Distrito en el cual ejerza el solicitante, indagará sus cualidades y se asegurará de que esté debidamente autorizado para ejercer la medicina y cirugía en la isla. La Directiva informará la solicitud en la sesión siguiente. La votación se hará por papeletas cerradas siendo necesario las dos terceras partes de los votos presentes para dar admisión al solicitante.

La solicitud será entregada al Secretario, quien la guardará y quedará encargado de la tramitación final de la misma.

Ningún candidato que haya sido rechazado podrá presentar nueva solicitud hasta después de pasados seis meses de la primera.

Sección 3.—Todo socio que esté bajo pena de suspensión o separación o cuyo nombre se haya retirado del registro de socios por causas justificadas, estará incapacitado para gozar de ninguno de los derechos, ni privilegios de esta Asociación. No le será permitido tomar parte en ninguno de sus actos sociales hasta que no haya sido rehabilitado.

Sección 4.—Todo miembro que asista a la Asamblea Anual de la Asociación consignará su nombre en el libro de registro, indicando el distrito a que pertenece.

Cuando se hayan verificado sus derechos como tal miembro de la Asociación, recibirá un distintivo que le servirá para que se le reconozcan sus derechos a todos los privilegios sociales. No se permitirá a ningún socio que tome parte en la sesión anual hasta

que no haya cumplido con las prescripciones de este artículo.

ARTICULO II.

ASAMBLEA ANUAL Y SESIONES ESPECIALES.

Sección 1.—La Asociación celebrará una asamblea anual en la fecha y lugar que haya fijado la Cámara en la Asamblea anual precedente.

Sección 2.—Las sesiones especiales o extraordinarias de la Asociación o de la Cámara de Delegados serán convocadas por el Presidente cuando así lo solicitare una mayoría de delegados, o el 10% de los miembros de la Asociación.

ARTICULO III.

ASAMBLEAS GENERALES.

Sección 1.—Todos los miembros que figuran en el registro de la Asociación pueden asistir a tomar parte en las discusiones y procedimientos de las Asambleas generales y comités de la misma.

Las sesiones serán presididas por el Presidente o Vice-Presidente o el Consejero de turno, y, constituída la mesa y abierta la sesión, se procederá a la lectura de los trabajos científicos y a la discusión de los mismos con sujeción al orden establecido en el programa de la sesión.

Sección 2.—La Asamblea general puede recomendar a la Cámara de Delegados el nombramiento de comités o comisiones en asuntos de interés especial y de importancia para la profesión y el público.

ARTICULO IV.

CAMARA DE DELEGADOS

Sección 1.—La Cámara de Delegados se reunirá a las dos de la tarde del día anterior al fijado para la apertura de la Asamblea General.

Sus sesiones formarán una parte especial del programa, procurándose que no perturben la labor de la Asamblea, ni a su vez sea ésta perturbada.

Sección 2.—Cada Sociedad de distrito tendrá derecho a enviar a la Cámara de Delegados como representantes, un delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Secretario y Presidente.

Sección 3.—La mitad más uno del total de los delegados a la Cámara formarán "quorum." *Disponiéndose,* que después de la primera citación bastarán una tercera parte de los delegados para formarlo.

Sección 4.—La Cámara de Delegados por medio de sus miembros, del Consejo y de cualquier otro modo, prestará atención diligente para estimular los trabajos científicos y el espíritu de la Asociación; y constantemente estudiará y se esforzará para que cada Asamblea anual resulte un escalón más hacia mayores progresos.

Sección 5.—La Cámara de Delegados estudiará y dará consejo en todo lo referente a los intereses materiales de la profesión y del público, en aquellos asuntos importantes que dependen de la profesión. Hará uso de sus facultades en caso necesario, esforzándose en conseguir y poner en vigor leyes idóneas, así médicas como de sanidad pública.

Sección 6.—Elegirá el representante a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana de acuerdo con la constitución y reglamento de aquel cuerpo.

Sección 7.—Tendrá autoridad para elegir comités en asuntos especiales de entre los miembros de la Asociación que no pertenezcan a la Cámara de Delegados. Estos comités informarán a la Cámara de Delegados

y pueden estar presentes y tomar parte en la discusión de sus informes.

Sección 8.—Aprobará todos los memoriales y resoluciones adoptadas en nombre de la Asociación antes de que sean puestos en vigor.

Sección 9.—Dividirá la Isla en siete distritos senatoriales, determinando los pueblos que correspondan a cada uno de éstos.

ARTICULO V.

DE LA ELECCION DE LOS FUNCIONARIOS

Sección 1.—Toda elección se hará por papeletas y resultarán electos los que obtengan mayor número de votos en votación secreta.

Sección 2.—La elección de los funcionarios será el primer asunto de que se trate en la orden del día en la Cámara de Delegados en la tarde del segundo día de la asamblea anual, después de la lectura del acta de la sesión anterior, siendo competencia exclusiva de los Delegados la elección de la Directiva de la Asociación.

Sección 3.—Los miembros de la Cámara de Delegados no son elegibles para ningún cargo, excepto para los de consejeros.

ARICULO VI.

DEBERES DE LOS FUNCIONARIOS

Sección 1.—El Presidente presidirá todas las sesiones de la Asociación y de la Cámara de Delegados; nombrará los comités que de otra manera no están previstos por reglamento; hará un informe anual en la ocasión señalada para el caso y llenará los demás exigidos por el uso y costumbres parlamentarias.

Será leader de la profesión en la Isla durante el término de su cargo; y, en cuanto sea posible, visitará, previo aviso, a las sociedades de distrito y auxiliará al Comité de Propaganda en las funciones que le están encomendadas, y a los consejeros en el fomento de las asociaciones de distrito procurando que el trabajo de éstas sea lo más práctico y útil posible.

Sección 2.—El Vice-Presidente auxiliará al Presidente en el desempeño de sus deberes. En caso de muerte, renuncia, o separación del Presidente, tomará la presidencia, y el Consejo elegirá de su seno uno de sus miembros para sucederle.

Sección 3.—El Secretario atenderá a las asambleas generales y a las sesiones de la Cámara de Delegados y llevará las actas de ambos cuerpos en libros separados. Será, ex-oficio, Secretario del Consejo, tendrá bajo su custodia todos los archivos, libros, publicaciones y documentos que pertenezcan a la Asociación y hayan llegado a su poder, excepto aquellos que pertenezcan legalmente al Tesorero. Llevará cuenta de todos los fondos de la Asociación que pasan por sus manos y que entregará al Tesorero. Llevará un registro de los delegados y miembros de la Asociación. Con el auxilio de los secretarios de las asociaciones de distrito, llevará un registro índice por tarjetas de todos los médicos que practiquen legalmente la profesión en la Isla, anotando en cada caso el nombre completo, fecha de nacimiento, dirección, sitio y fecha de graduación, fecha de la licencia para ejercer en la Isla, y su relación con la Asociación Médica.

A petición de la Asociación Médica Americana remitirá a ésta una copia de estas listas. Llevará la correspondencia oficial, notificará a los miembros la celebración de las reuniones: a los funcionarios, su elección como tales y a los comités sus nombramientos y sus deberes. Nombrará los empleados que fueron autorizados por la Cámara de Delegados, hará un informe anual a la Cámara

de Delegados: sumnistrará a las sociedades de distrito todos los impresos necesarios para que éstas hagan sus informes anuales. De acuerdo con la Comisión de trabajos científicos, preparará el programa de las asambleas.

ARTICULO VII.

DEL CONSEJO

Sección 1.—El Consejo se reunirá el día anterior de la Asamblea, tantas veces como se estime necesario, prévia citación del Presidente o a petición de los Consejeros. Se reunirá el último día de la Asamblea Anual para organizar y deliberar sobre los trabajos del año siguiente. Elegirá un escribiente, el cual, en ausencia del Secretario de la Asociación, redactará las actas. Hará un informe anual a la Cámara de Delegados.

Sección 2.—Los Consejeros serán organizadores, árbitros y censores en los distritos que a cada uno se señalare. Cada Consejero girará una visita anual a los distritos que le correspondan con objeto de enterarse del estado de estas asociaciones y mejorar y estimular el celo de las asociaciones de distrito, y de sus miembros. Harán un informe anual de sus trabajos y de las condiciones de la profesión de sus distritos en la sesión anual de la Cámara de Delegados. Los Consejeros tienen derecho a indemnización por gastos de viaje a sus distritos, pero no a los gastos en que incurrieren por asistencia a la sesión anual.

Sección 3.—El Consejo será la Junta de Censores de la Asociación y estudiará las cuestiones que se refieren a los derechos y créditos de los miembros, con relación a otros miembros, con las sociedades de distrito o con esta Asociación. Todo caso de ética médica que se presente a la Cámara de Delegados o ante una Asamblea Anual será referido sin discusión. El Consejo constituirá el Tribunal de Apelación.

Sección 4.—Anualmente investigará las cuentas del Tesorero, Secretario y otros empleados de la Asociación, informando acerca de las mismas en su informe anual a la Cámara de Delegados y en cuyo informe se especificarán los gastos de la Asociación durante el año. En caso de vacantes en los puestos de Secretario o Tesorero, hará nombramientos provisionales para el desempeño de estos cargos hasta la próxima Asamblea Anual.

ARTICULO VIII.

COMITES

Sección 1.—Tendrán carácter permanente los comités siguientes: un comité de Asuntos Científicos; un comité de Propaganda; un comité de Beneficencia; un comité de Salud Pública y Educación, un comité de Publicación, y un comité de Legislación y Política. Estos comités serán nombrados por la Cámara de Delegados, y en su defecto por la Junta Directiva.

Sección 2.—El Comité de Asuntos Científicos se compondrá de cinco miembros, uno de los cuales será el Secretario y de acuerdo con las instrucciones de la Cámara de Delegados, determinará el carácter y plan del trabajo científico de cada asamblea. Con treinta días de anticipación a la Asamblea Anual, preparará el programa científico de la misma, indicando el orden a que ha de sujetarse la presentación de los trabajos y su discusión. Su fin principal será estimular los estudios e investigaciones científicas entre los miembros de la profesión, organizando por lo menos una asamblea anual. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación. Tres de estos

miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección 3.—El Comité de Legislación y Política se compondrá de tres miembros que bajo la dirección de la Cámara de Delegados, tendrá la representación de la Asociación para obtener y poner en vigor leyes que respondan al interés de la salud pública y a la ciencia médica. Se mantendrá en contacto con la opinión pública profesional y procurará dar forma a la mismo para obtener los mejores resultados en favor de la comunidad y conducirá la influencia de la profesión de tal modo que promueva el beneficio general en los asuntos locales y territoriales. Vigilará toda legislación que afecte al ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico y utilizará todos los medios a su alcance para garantizar el mejor éxito de sus gestiones.

Sección 4.—El Comité de Propaganda tendrá el deber de sostener una campaña intensa y contínua para la adquisición de nuevos socios. Deberá hacer por lo menos un recorrido anual por toda al Isla, entrevistando personalmente a todos los médicos, para obtener su ingreso en la Asociación. Deberá estar pendiente de todos los médicos que revaliden la profesión y tratará de conseguir que se hagan miembros de la misma. Por lo menos dos veces al año, enviará una circular a todos los médicos de la Isla que no pertenezcan a la Asociación, explicándoles los fines y ventajas de ella. Este Comité constará de cinco miembros y se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 5.—El Comité de Beneficencia será el cuerpo consejero para todo cuanto se relacione con los servicios en los municipios; extendiéndose su acción a los servicios médicos en los Departamentos Insulares, como Sanidad, Comisión de Indemnizaciones a Obreros, Cruz Roja, Sanidad Marítima y aquellos otros servicios en sociedades o corporaciones, etc. Este Comité rendirá un informe anual a la Cámara de Delegados, por conducto del Presidente de todo cuanto se relacione con el servicio de médicos de beneficencia, sugiriéndole todas aquellas medidas que propendan a la protección y mejora de la condición de médicos titulares. Dicho comité se regirá por un Reglamento ad hoc., expresamente redactado para regir y regular su conducta, y deberá estar constituído por cinco miembros y cinco suplentes correspondientes.

Estos miembros deberán haber ejercido la Beneficencia Municipal por un período no menor de cinco años, con residencia en la Isla por igual número de años. Cada suplente respectivo actuará en lugar y por orden del miembro propietario respectivo. Cinco de estos miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección 6.—El Comité de Publicación publicará por lo menos cada dos meses una revista médica en la que se dé cabida a cualquier trabajo que se reciba de índole científico o de carácter práctico en defensa de la clase y que a su juicio sea de interés para la profesión. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 7.—Cada comité rendirá un informe por escrito al Presidente de la Asociación, en el que constará detalladamente todas sus actividades. Estos informes serán publicados en la Revista de la Asociación y sometidos a la Cámara de Delegados para su consideración en su sesión anual ordinaria, quien hará las recomendaciones pertinentes al caso a la Asamblea.

ARTICULO IX.

SOCIEDADES DE DISTRITO

Sección 1.—Las asociaciones de distrito estarán compuestas por miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, residentes en los distritos respectivos, y recibirán mediante solicitud, su carta constitutiva como parte componente de esta Asociación.

Sec. 2.—Cada Asociación de distrito elegirá una Junta Directiva compuesta de un Presidente, un Vice-Presidente, un Tesorero, y un Secretario; tres de los cuales formarán "quorum".

Sección 3.—Las cartas constitutivas serán otorgadas, solamente con la aprobación del Consejo y serán firmadas por el Presidente y Secretario de esta Asociación. Con la recomendación del Consejo, puede revocar la Cámara de Delegados la carta constitutiva de cualquier sociedad de distrito si su proceder no está de acuerdo con la letra y espíritu de esta constitución y reglamento.

Sección 4.—Cualquier médico que se sienta agraviado por que se le niegue la admisión como miembro de la Sociedad de su distrito o porque se le haya suspendido o expulsado, tendrá derecho a apelación ante el Consejo. La decisión de éste será final.

Sección 5.—Para las decisiones de la apelación ante el Consejo puede éste admitir testimonios orales o por escrito según se considere mejor para el mayor esclarecimiento y legalidad de los hechos; pero en cada apelación, tanto en el concepto de miembros de la Junta como en el de consejeros individualmente de su distrito, procurarán que antes de la vista se llegue a un acuerdo conciliatorio.

Sección 6.—La Asociación de Distrito tendrá la dirección general de los asuntos profesionales del mismo y ejercerá constantemente su influencia en beneficio del mejoramiento científico, moral y material de los médicos de distrito. Todos los miembros están en el deber de hacer esfuerzos sistemáticos hasta que la sociedad comprenda a todos los médicos legalmente calificados para el ejercicio de la profesión, residentes en el distrito.

Sección 7.—Cada sociedad de distrito elegirá con antelación a la asamblea anual de la Asociación un Delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Presidente y Secretario, para que la representen en la Cámara de Delegados. Los secretarios de las sociedades de distrito enviarán al Secretario de la Asociación cuando menos diez días antes de la reunión de la Asamblea Anual, una lista de los delegados de su distrito. (Véase Artículo IV, Sección 2.)

Sección 8.—Los secretarios de las sociedades de distrito llevarán un registro de todos sus miembros y, otro de los médicos no afiliados existentes en dicho distrito, en el cual se anotarán nombre y apellido, dirección y fecha de graduación, fecha de la licencia para practicar en la isla y cualquier otro informe que pudiere ser necesario. El Secretario debe anotar en la lista de médicos todos lso cambios que se efectúen, por fallecimiento, variaciones de residencia, etc., y al hacer su informe anual cuidará de inscribir a todos los médicos que hayan vivido en el distrito durante el año.

Sección 9.—Los Secretarios de las sociedades de distrito informarán al Secretario de la Asociación un mes antes de la fecha de la Asamblea Anual una lista de todos sus miembros, de sus juntas de gobierno, lista de delegados y lista de los médicos no afiliados del distrito.

Sección 10.—Las Asociaciones de Distrito

celebrarán reuniones por lo menos dos veces al año.

ARTICULO X.

REGLAS GENERALES

Sección 1.—Ningún discurso o documento leído en la sesión excepto por el Presidente consumirá más de 20 minutos; y, ningún miembro consumirá un turno de rectificación por más de cinco minutos, ni más de una vez sobre el mismo asunto, excepto por el consentimiento de la mayoría de la Asamblea.

Sección 2.—Cualquier documento leído ante la Asamblea o cualquiera de sus sesiones, será propiedad de la Asociación. Después de leído un trabajo será entregado al Secretario.

Sección 3.—Las deliberaciones de esta Asociación se regirán por los usos parlamentarios y de acuerdo con las leyes de orden "Robert", siempre que no estén en conflicto con este Reglamento.

Sección 4.—Los principios de ética médica aceptados por la Asociación Médica Americana regularán la conducta de los miembros en sus mútuas relaciones y con el pueblo.

ARTICULO XI.

ENMIENDAS.

Este Reglamento podrá ser enmendado por las dos terceras partes de los votos de todos los delegados en asamblea magna, siempre que la enmienda haya sido presentada con un día de anticipación.

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

1924

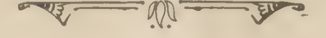
Presidente: Dr. E. Fernández García	San Juan, P. R.
Vice-Presidente: Dr. Agustín R. Laugier	San Juan, P. R.
Tesorero: Dr. M. Pavía Fernández	San Juan, P. R.
Secretario: Dr. Ramón M. Suárez	San Juan, P. R.

CONSEJEROS

Dr. Pedro N. Ortíz	San Juan, P. R.
Dr. Francisco J. Hernández	San Juan, P. R.
Dr. M. Guzmán, Jr.	Mayagüez, R. R.

SUMARIO





BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

AÑO XVIII | DICIEMBRE 1924 | NUMERO 147

ASAMBLEA ANUAL DE 1924

Es axiomático que toda organización viene a ser lo que sus miembros la hacen, especialmente, tratándose de asociaciones profesionales regidas democráticamente, cuyos derroteros le imponen más que sus organismos directores, el apoyo que sus asociados le brindan. Por ende, la Asociación Médica de Puerto Rico refleja la actitud entusiasta, progresista y democrática que caracteriza la profesión médica insular.

La próxima asamblea anual del corriente año debe ser, pues, un exponente leal de estas tendencias. Todos concurrimos a ella animados por el mayor espíritu de concordia y dispuestos a cambiar impresiones franca y lealmente, asimilándonos unos y otros las enseñanzas adquiridas por el compañero en el ejercicio cuotidiano de la labor profesional.

Dado el entusiasmo predominante en la Isla por conservar la Asociación a la altura en que debe estar como único representante de la profesión médica insular, y a juzgar por los excelentes trabajos que por conocimiento personal sabemos que allí han de presentarse, muchos de ellos producto de copiosa investigación original, no hay duda de que la concurrencia a esta Asamblea habrá de superar a todas las anteriores.

La Junta Editora del Boletín enviará, de acuerdo con la Directiva, un taquígrafo para que lleve el "record" completo de las cuestiones que allí han de suscitarse, por creerlas de gran utilidad para todos. El programa abarca estudios originales sobre malaria, uncinaria, mortalidad infantil, tuberculosis, cáncer, etc., etc., materias todas de alta trascendencia.

De seguro, las reuniones de la Cámara de Delegados han de rivalizar en importancia e interés con las sesiones científicas. Amén de cumplir la tarea ordinaria imprescindible, se llevarán ante la Cámara cuestiones de palpitante actualidad que atañen muy de cerca al porvenir de la clase. Se presentarán resoluciones tendentes a aunar más íntimamente la labor del Departamento de Sanidad, de la Escuela de Medicina Tropical y de la Asociación Dental de Puerto Rico con la que realiza esta Asociación.

Es de vital importancia que la Asociación Médica de Puerto Rico ofrezca sus servicios espontánea y decididamente, al Departamento Insular de Sanidad, para que de consuno, puedan ambos realizar una labor más eficiente que la que separadamente pudieran llevar a cabo.

El establecimiento de la escuela de Medicina Tropical es de tanta trascendencia para los intereses médicos del país, que la Asociación Médica de Puerto Rico tiene el deber moral de unirse a todo otro organimo oficial a cuyo cargo esté el determinar el derrotero que ha de seguir esta nueva estrella de nuestro zenit profesional.

Se ha tratado ya en una asamblea extraordinaria la conveniencia de un entendido

con la Asociación de Cirujanos Dentales y llegó hasta conferirse poderes a la Directiva para dar los pasos necesarios a la realización de este proyecto. A raíz de ésto, la Asociación Dental cordial y deferentemente me invitó, en mi carácter de Presidente de la Asociación Médica, para discutir ante su asamblea anual los puntos de contacto de ambas profesiones hermanas.

Las corrientes de opinión en el mundo médico tienden a conceptuar la cirugía dental como una especialización dentro de la medicina, como naturalmente debe ser. ¿Es acaso prudente conceptuar que debe tener distinta preparación profesional el práctico que se dedica al estudio y tratamiento de las infecciones orales que los que tratan afecciones del estómago, del pulmón, de la vista o de cualquier otro órgano? ¿No es acaso la cavidad oral uno de los principales órganos de nuestra economía, amén de la principal avenida de entrada para un gran número de infeciones que ponen amenudo en serio peligro la salud y hasta la vida?

Por lo tanto, al brindárseme tan feliz oportunidad y cumpliendo las instrucciones recibidas en la Asamblea extraordinaria de junio próximo pasado, tuve el alto honor de sugerir a mis compañeros del campo de la Cirugía Dental que designaran un Comité de su seno, para que con nuestra Directiva, confeccionaran juntas un proyecto de bases para llegar a un acercamiento entre ambas agrupaciones. Tan generosa y abierta fué la aceptación, que a los pocos días la Asociación Dental, por conducto de su digno presidente, el Dr. José A. Vicente, en cumplida comunicación, nos invitaba a una reunión preliminar para discutir las bases del entendido.

De repetidas entrevistas se desprende que es probablemente del agrado de ambas asociaciones, el actuar unidas en todos aquellos múltiples problemas comunes a ambas profesiones; aún más, el Boletín puede y debe convertirse en el órgano oficial de ambas asociaciones.

Las múltiples ventajas que han de derivarse de esta comunidad de intereses y aspiraciones han de redundar, naturalmente, en gran beneficio para ambas profesiones.

De no menos utilidad práctica, serán también las resoluciones sobre materias de anuncios y reclamos médicos en la prensa diaria, cuestión tan escabrosa a la vez que tan necesitada de estudiarse con mente abierta. Es nuestra Cámara de Delegados la llamada a determinar de una vez para siempre, cual debe ser la pauta a seguir en materias de esta índole. También atañe a la Asociación el establecimiento de normas razonables, máximas y mínimas de honorarios y sueldos profesionales adecuados a las condiciones especiales del país y al establecimiento de reglas fijas que reglamenten la aceptación de cargos públicos de que hayan sido despojados otros compañeros. Nuestra condición de médicos nos impone el estudio de todos y cada uno de estas distintas cuestiones palpitantes y con la misma imparcialidad que resolvemos nuestros problemas médicos, debemos imponernos la pauta a seguir en nuestra vida de profesionales.

Esperamos, pues, que dada la trascendencia de los actos que han de celebrarse los días 13 y 14 del corriente, todos y cada uno de nuestros compañeros estarán en su puesto de honor, colaborando a la medida de sus fuerzas, a la más feliz solución de problemas de tanta importancia.

AFECCIONES DE LOS SENOS NASALES DANDO ORIGEN A TRASTORNOS GENERALES EN EL ORGANISMO HUMANO

Por el Dr. Agustín R. Laugier, San, Juan P. R.

Al presentar estas notas clínicas tomadas por el que suscribe sobre mi experiencia práctica profesional, deseo contribuir en algo al intercambio de ideas e impresiones para que todos nos beneficiemos.

Son apuntes prácticos tomados en los últimos años de mi trabajo en la especialidad, que por su importancia y la manifiesta vulgaridad en este país merece divulgarse en una asamblea médica como la presente porque sin duda ha de redundar en beneficio de esa humanidad doliente. Los trastornos en el organismo humano debido a afecciones locales en los senos y amigdalas cada día llaman la atención en el cuerpo médico del mundo entero y creo pues un deber hablar esta vez sobre los senos nasales, ya que en otra asamblea lo hice sobre las amígdalas.

Permitidme que brevemente presente sobre la anatomía y fisiología de los senos accesorios y cornetes que lo cubren en la nariz. Las fosas nasales (una en cada lado) están separadas por el tabique nasal, el cual presenta varias anomalías en muchas personas, dando origen a trastornos locales y generales. Están compuestos de cartilago, venas y lámina perpendicular del etmoide. Cada fosa nasal presenta tres eminencias longitudinales oseas llamadas el cornete superior, medio y el inferior. Debajo de estos huesos existen espacios que se llaman el meato superior, medio e inferior respectivamente. En la parte posterior inferior existen dos orificios ovales que hacen comunicar las fosas nasales con la naso-faringe que se llaman las coanas. La mucosa nasal ricamente vasculosa y nerviosa se adhiere a todo el esqueleto oseo y cartilaginoso y envía prolongaciones a todas las cavidades accesorias. Los senos accesorios son cavidades existentes en el espesor del esqueleto facial y que se abren en las fosas nasales. Estos senos son en cada lado los senos maxilares (senos frontales), y los senos etmoidales y senos esfenoidales.

Los senos maxilares son grandes en tamaño y tienen a veces relación directa con la dentadura, son dos a cada lado y de forma piramidal, cuya base la constituye la pared externa de las fosas nasales (orbitaria, facial y maxilar.) El antro Highmore con motivo a su contacto en su parte inferior con el proceso alveolar dental muestra una relación muy grande entre las enfermedades dentarias y de los senos. Los senos frontales que varian en tamaño en muchas personas son huecos existentes en la parte inferior del hueso frontal por el apartamiento de sus dos láminas; están separados uno de otro por un tabique oseo. Los senos etmoidales constituyen cavidades que forman un laberinto de células huecas de distintos tamaños colocados entre el conducto frontal y el seno esfenoidal; se encuentran divididas en las etmoidales anteriores más grandes en tamaño y muy sujetos a trastornos patológicos por su posición anatómica y que son frecuentemente invadidas por supuración en los senos maxilares y frontales; las células etmoidales posteriores son más pequeñas y menos numerosas, estando situadas frente al cuerpo del esfenoide. Los senos esfenoidales alojados en el cuerpo del esfenoides, representan las más profundas de las cavidades accesorias de las fosas nasales, la pared su-

perior teniendo relación con la silla turcica, cuerpo pituitario, canal óptico y seno cavernoso y la parte inferior corresponde a la bóveda faríngea.

En cuanto a la fisiología la nariz tiene tres funciones importantes, la respiratoria, la olfatoria y la fonética. En esta función entran grandemente los cornetes nasales, quienes a la vez dan ventilación a los senos accesorios. La función respiratoria es la más importante de las fosas nasales y cornetes al calentar el aire inspirado, purificarlo de las partículas de polvo y cargarlo de vapor de agua, llegando pues, el aire que se respira a los bronquios y pulmones menos frío, más limpio y menos seco que el respirado por la boca directamente. Las cavidades accesorias contribuyen poderosamente a calentar el aire inspirado y sirven también de caja de resonancia. Vista, pues, ligeramente la función tan importante de las vías altas respiratorias comprenderéis los cambios patológicos en esas cavidades, cuantos trastornos no han de causar en el organismo humano en su parte respiratoria pulmonar, como la infección supurada o de otra forma pueda traer enfermedades orgánicas generales algunas con consecuencias fatales. En la patología general de las afecciones de los senos nasales presentaré ligeramente los síntomas más frecuentes observados en unos 500 casos durante el último año:

(a) Obstrucción Nasal, la cual a veces se presenta en ambas fosas o en una, bien anterior o posterior, ligeramente sentida o muy marcada, con o sin catarros o secreción alguna aparente en los senos, a veces permanente o intermitente. Esta obstrucción nasal que cuando es acentuada y persistente puede provocar accesos de asma y hasta anemia debido a la oxigenación incompleta de la sangre y en los niños ataques nocturnos de sofocación.

(b) Cefalalgias.—El dolor de cabeza es sin duda alguna el tormento más grande que aflige a la humanidad y entre sus causas debe entrar como factor etiológico de suma importancia las lesiones anatomo-patológicas intranasales, especialmente la de los senos accesorios, sobre todo las células etmoidales anteriores y los senos maxilares. He tenido en mi experiencia profesional un buen número de jóvenes de ambos sexos que se quejaban de pesadez de cabeza, pérdida de la memoria a veces, dificultad en el trabajo intelectual al extremo de tener que suspender su labor, paresia intelectual muy común en nuestro país, casos que fueron tratados por compañeros médicos sin sospechar que una lesión alta intranasal pudiera traerle esos trastornos humanos tan mortificantes y penosos.

(c) Secreciones Nasales. — Normalmente la nariz segrega cierta cantidad de moco, que sostiene la constante humedad de la pituitaria. En el coriza agudo, en el asma de henoeso, en la hidrorrea nasal, en la rinitis espasmódica, en la rinitis crónica catarral. y otros trastornos, así como en las sinositis crónicas muco-catarrales o purulentas e hiperplásticas las secreciones son eliminadas por las coanas cayendo en la faringe, laringe, bronquios y pulmones, o en el esófago, llevadas a los riñones y sistema general dando lugar a un número considerable de enfermedades en el organismo humano.

(d) Zumbidos y Sorderas.—La trompa de Eustaquio puede enfermarse por propagación de afección en los senos o por obstáculo mecánico, dando lugar a sorderas, otitis media catarrales supuradas y aún mastoiditis u otra lesión cerebral.

Dicho pues brevemente la anatomía, fisiología y patología nasal con especialidad de

los senos, presentaré ante Uds. algunos casos clínicos de interés en la materia, los cuales he ido separando de los 500 casos examinados y tratados por mí, bien médicamente o por procedimientos quirúrgicos durante los últimos cuatro años. En estos pacientes se encuentran adultos y niños en el período agudo y crónico.

Presentaré primeramente el de algunos niños cuyos "records" conservo en mi oficina, más ante que nada deseo recordar a los compañeros que al final del primer año de edad los senos se encuentran debidamente desarrollados, siendo los senos esfenoidales de una importancia clínica muy grande en los primeros años de la infancia por su relación directa con la faringe. Muchos de estos niños fueron operados previamente de sus amígdalas y adenoides, sin mejora alguna, continuando su proceso febril, trastornos respiratorios, bronquitis, pielitis cervical, y otras manifestaciones orgánicas, cediendo completamente después de atender propiamente su nariz.

(1) El niño J. R., de Vieques, de cinco años de edad, viene a mi oficina con la historia de sus padres de padecer de procesos febriles por las tardes o mañanas, de 2 a 6 décimas, trastornos bronquiales y supuración crónica. El examen de orina revela albumina y pus, dando pues un cuadro de pielonefritis; la supuración del oido es a penas notada. Hecho un examen detenido nasal encontré una sinositis maxilo-etmoidal crónica supurada del lado derecho, el cual curó radicalmente después de un tratamiento apropiado. La sangre para Wasserman resultó negativa.

(2) El niño R. S., de Caguas, de 12 años de edad, trae la siguiente historia clínica: Dolores de cabeza, obstrucción nasal, insuficiencia cardiaca, bronquitis crónica, poco desarrollo, palidez general y apariencia sospechosa de un tuberculoso. Apesar del tratamiento instituído hubo poca mejoría. Sangre para Wasserman y Noguchi dieron resultados positivos y la orina presentaba trazas de albúmina. El examen nasal presentaba una etmoido-esfenoiditis bilateral supurada muy marcada, cuya secreción se adhería a la faringe posterior. Con el tratamiento antisifilítico y el local nasal el niño ha mejorado notablemente, esperando cure radicalmente.

(3) El niño J. C. de Bayamón se presenta en mi oficina acompañado de sus padres con la historia de poco desarrollo mental y físico, respiración dificultosa, bronquitis crónica y reuma articular en ambos piés. Examen de sangre, orina y pecho negativos. Las amígdalas encuéntranse marcadamente sépticas e hipertrofiadas y gran número de vegetaciones adenoideas. Es operado de sus amigdalas y adenoides, mejorando su respiración y trastornos reumáticos; pero después de la operación, hago un examen detenido nasal y encuentro los senos etmoido-esfenoidales infectados con los cornetes medios hipertrofiados. Se somete a un tratamiento dócil de succión, lavados y vacuna y al cabo del mes cesan todos sus trastornos ganando 15 libras en peso.

(4) La joven C. R., de Manatí, 15 años de edad, con historia de insuficiencia mitral, dificultad para respirar especialmente por el lado izquierdo nasal, nasofaringitis crónica catarral y reuma. El examen físico revela buen desarrollo general. Tratada de lues congénita. En su nariz nótase hipertrofia marcada, del cornete medio izquierdo y gran cantidad de muco-pus en el meato inferior, de donde se desprendía había una sinusitis maxilar supurada izquierda y amígdalas hiperplásticas, y sépticas. Operada de su nariz y amígdalas, teniendo una cura radical

en su trastorno cardiaco, respiración, y catarro.

(5) La señora G. A., de Arecibo, de 60 años de edad, historia de ataques asmáticos que le imposibilitan dormir, reuma articular y pseudo-angina. El examen nasal revela un caso claro de etmoiditis bilateral hiperplástica. Fué operada con anestesia local y a los tres días cesaron sus ataques asmáticos y cardiacos, su reuma ha mejorado notablemente. Va un año de operada y hace poco estuvo por mi oficina manifestándome se sentía otra, siendo el reuma su único trastorno al presente.

(6) La Sra. P., de San Juan, de 50 años de edad, historia de intensa cefalalgia frontal y a veces occipital desde hacen unos 20 años, catarro nasal crónico, y a veces disfonía persistente. Sangre negativa, y orina. Operada vaginal y abdominal para corregir esos dolores de cabeza, régimen dietético, cristales bifocales, laxantes, etc. Referido por un compañero de esta capital, y después del examen nasal y radiografía llegué a la conclusión se trataba de una polisinositis bilateral crónica supurada. Fué operada con anestesia local y al presente, tres meses después de la intervención, noté en la paciente ligera pesadez, la que atribuyó a insuficiencia hepática y toxemia intestinal.

(1) El joven F. C. de 28 años de edad, de San Juan, profesional, quejábase de presión, supra-orbital, fatiga al hacer cualquier trabajo o andar mucho, pérdida de la memoria, dificultad para respirar, y a veces procesos febriles que no han cedido a la quinina y ruidos en los oidos. Sangre y orina negativos. De constitución general robusto y alto. En el examen nasal noté una desviación marcada del tabique en la izquierda con espolones posteriores y sinequia, y del lado derecho una etmoido-esfenoiditis supurada crónica. El paciente es operado con anestesia local y su última expresión cuando estuvo en mi oficina era de sentirse otro hombre, desapareciendo todos sus males.

(8) La Srta. A., de Santurce; trae historia de una ronquera y tos persistente de algunos meses de duración mejorando a veces. Vista por algunos compañeros opinaron debía extraerse las amígdalas, sospechando otros se trataba de una tuberculosis laringea. Al llegar a mi oficina creí también me daba con una tuberculosa o pre-tuberculosa. En el examen físico pude apreciar, gran cantidad muco-catarral espesa que caía por la naso-faringe a las cuerdas vocales irritando a estas y produciendo por consiguiente su laringitis. Una sinosis maxilo-etmoido-esfenoidal catarral era la causa del cuadro clínico, cediendo por completo al tratamiento clásico. La paciente ha ganado 10 libras, habla claramente y la tos ha desaparecido.

(9) El joven D. L. S., de Barceloneta: Dolor maxilar derecho, e irritación visual constante, 6 años de duración, su historia de obstrucción nasal, catarros, y dos molares superiores orificados, los cuales tenían pús en sus raíces. Sometido a un tratamiento dental largo, rayos ultravioletas, Neo-salvasan, etc. El examen radiológico y clínico prueba una sinusitis maxilar supurada subaguda del lado derecho. Operado: radical con anestesia local. Dolor cede el mismo día de la operación. Proceso sin duda de origen dental, cuyas raíces se comunicaban con el antro Highmore.

(10) La joven R., de San Juan, 16 años de edad, con historia de dolor en la región mastoidea izquierda, extendiéndose hacia la región occipital a veces, catarros nasales y dificultad para respirar. No hay pús alguno en el canal auditivo externo. membrana

timpanica normal, amigdalitis folicular crónica. Rayos X, sinositis maxilar supurada, maxilo-etmoidal izquierda, mastoides normales. Se ordena hielo a la región mastoidea, quietud en cama para ser operada después de su nariz y garganta, con un resultado final brillante.

Trabajo científico leído ante la Asociación Médica de Puerto Rico en su Asamblea Anual de Diciembre del año 1923.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD OBLIGATORIO, OFICIAL O DE ESTADO; LA CONVENIENCIA DE SU ESTABLECIMIENTO EN PUERTO RICO

Por el Dr. Antonio Fernós Isern.

Definición y estudio del seguro de enfermedad de estado

Es el Seguro-Enfermedad de Estado tema de frecuente discusión en los círculos médicos y sociológicos del mundo.

Uno tras otro los gobiernos van adoptando esta medida de progreso y, a pesar de intensas propagandas adversas, ninguno de ellos ha rectificado.

La revolución industrial consiguiente a las aplicaciones del vapor y de la electricidad, como agentes de producción al servicio del hombre, trajo consigo una profunda alteración en la constitución de la sociedad, con la diversificación de los oficios, la especialización de los obreros, las aglomeraciones de estos en enormes establcimientos; con el Salariado y con el Patronato. Trajo además, naturalmente, las nuevas ideas y los nuevos ideales de organización social; las nuevas necesidades y la necesidad de los nuevos remedios.

Y, en la extensa gama de las medidas propuestas en diversas épocas y circunstancias para solucionar aquellos problemas, el Seguro de Estado ocupa una de las posiciones más ventajosas por su condición de medida juiciosa, que establece nuevos derechos e impone deberes, pero lo hace respetando lo fundamental de las organizaciones político-sociales presentes y está libre y a cubierto de sospechas de interesado partidarismo. Cosa Sorprendente:—El Seguro-Social de Estado, es la medida favorita de un gran número de hombres considerados como radicales en las actuales luchas societarias y fué implantado por vez primera en Alemania, merced a la influencia del mayor enemigo entonces del Socialismo, merced a Bismark.

Con el concepto de Seguro Social, como generalmente se denomina la Institución de que hablo, debiera significarse la aplicación de los principios del cooperatismo; de la mutualidad y de la previsión a todas las naturales contingencias a que está expuesto el hombre en su lucha de adaptación de la Naturaleza a sus necesidades y a sus deseos; debiera pues extenderse a todos los riesgos: muerte, enfermedad, vejez, invalidéz, paro forzoso, pérdida de cosechas, inundaciones, ciclones, etc., y a todas las clases sociales; mas su presente uso está limitado generalmente a tres formas de Seguro, a saber:

Seguro contra Enfermedad y Maternidad;

Seguro contra Accidentes; (Ya existe entre nosotros);

Seguro contra Invalidez y Ancianidad;

y a una clase, a la clase obrera, al Salariado, exclusivamente.

Mi propósito es hacer un somero estudio de la primera forma de las enunciadas, del Seguro de Enfermedad o de Salud, como también se llama, y cuyas estrechas relaciones con nuestra profesión son notorias; y habré de referirme a las otras formas de Seguro solamente en modo accidental.

Diremos pues que el Seguro-Enfermedad de Estado, es la aplicación de los principios de cooperatismo, de mutualidad y previsión, antes mencionadas y en las clases obreras, contra el riesgo de enfermedad; y en forma obligatoria, decretado y administrado por el Estado.

Es tal Seguro obra de cooperatismo por cuanto que concurren a un fin mismo, los esfuerzos de todos los que sobrelleven los riesgos, esto es obreros, patronos y Estado; es obra de previsión colectiva por cuanto las clases sociales se amparan de antemano, de los futuros e inevitables accidentes de la vida industrial; y es obra de protección social por el Estado, por cuanto que él interviene en el cooperatismo y en la previsión de los obreros y patronos, para velar y aún contribuir por su parte, a que las energías humanas, el capital humano, se conserve y adelante en beneficio de la Sociedad, de la Patria y de la Humanidad.

Es una medida de Economía Social a la par que de Medicina Social. Es la organización de los trabajadores contra la carencia por enfermedad; contra la muerte por enfermedad y por carencia; y contra la enfermedad por carencia e ignorancia. Merced a él, los patronos y el Estado, concurren a la atención del obrero durante sus períodos de enfermedad, suministrándole medicamentos, atención médica y hospitalaria y además una indemnización en metálico.

A juzgar por los informes sus resultados son maravillosos desde el punto de vista de la Salud Pública y de la eficacia industrial.

Y es que el Seguro-de-Enfermedad es resultado, como dijimos, de una transformación social.

El individuo de hoy nace a la vida e inmediatamente queda atado y sujeto a todas las ventajas, así como a todas las desventajas de la organización social. Y por cada derecho que adquiere hay un deber que contrae. La vida industrial moderna, la vida de ciudad; la vida de taller; la región donde se desarrolla la vida del individuo; su propia profesión; la forma en que ésta se desarrolla; todo, escapa a la voluntad del individuo, que se desenvuelve dentro de pre-determinados campos de acción. Las circunstancias que modelan la historia individual de cada ciudadano, están fuera de la voluntad del individuo.

Y el Seguro de Enfermedad, con un alto espíritu de Solidaridad Social, establece nuevas responsabilidades de la vida social, establece nuevos deberes y reconoce nuevos derechos. Es un reajuste, es una equilibración de las relaciones de sociedad, a tono con las nuevas necesidades y circunstancias.

Si el estado quiere sana ciudadanía, que proteja y conserve su capital humano.

Si el patronato quiere obtener eficiente labor, que coopere en la restitución de las perdidas energías de sus obreros.

Si el obrero quiere vida de salud, que la conserve y la defienda, cooperando con el patrono, y el Estado, por su propio interés.

La responsabilidad es tripartita; es tripartito el deber y tripartito el beneficio.

Historia y Organización del Seguro Social.

El Seguro Social, tal como se le concede hoy, nació en Alemania, implantándose en 1884, y siendo como ya dijimos, su promotor principal, el Príncipe de Bismark, Canciller del Imperio.

"La curación de los males sociales" decía el mensaje Imperial de Nov. 17, 1881" no debe buscarse solamente en la represión de los excesos, sino en el simultáneo progreso del bienestar de la clase trabajadora."

Y en el curso de los debates, dijo el Canciller: "El propósito que yo persigo es relevar a las parroquias (municipios) de una gran parte de sus gastos producidos por la Ley de Indigentes, por medio del establecimiento de una institución sostenida por el Estado".

Dos años de lucha fueron necesarios aún para que la ley fuese aprobada y con leves modificaciones desde entonces subsiste. En 1911 toda la organización de Seguros, (Accidentes, Invalidez, Ancianidad y Enfermedad) se consolidó en un solo Estatuto.

He aquí las principales disposiciones del Seguro de Enfermedad, plan Alemán:

El Seguro es obligatorio para todos los obreros, sin distinción de edad; otras categorías de asegurados están limitados a un máximum de 2,500 marcos anuales de ingreso.

Hay también miembros voluntarios: ciertos empleados, y ciertos pequeños comerciantes, que hacen un 8% de todos los asegurados.

El pro-rateo de contribución al fondo es de dos tercios por parte de los trabajadores y de un tercio por el patrono. Los voluntarios pagan toda la contribución por su parte. Los patronos deducen la parte correspondiente a los empleados y lo envían al fondo junto a su correspondiente pago semanalmente. Durante períodos de enfermedad no se pagan contribuciones.

Las contribuciones se gradúan a tanto por ciento sobre el salario y según la magnitud de éste.

En los edificios muy peligrosos para la salud, la contribución, tanto de patronos como de obreros, es mayor que en los oficios menos peligrosos.

Este seguro incluye:

1. Beneficio por enfermedad.
2. Beneficio por maternidad.
3. Beneficio por entierro.

El período de duración del beneficio de enfermedad es de 26 semanas y consiste en una pequeña suma en metálico, servicio médico, medicinas e implementos de curación. El tratamiento puede ser en el hogar o en una institución. El beneficio de maternidad se extiende a 8 semanas; dos antes, y seis después, del parto.

Organización del Servicio Médico del Seguro de Enfermedad Alemán

Este varía en las diversas demarcaciones locales, conocidas con el nombre de "Fondos" o de "Distritos".

Algunos de estos pagan honorarios fijos en cada caso asistido, de acuerdo con un arancel. En otros, se paga mensualmente una cantidad determinada, según el número de asegurados y a cargo de cada médico. (Sistema de capitaciones).

Cada miembro asegurado tiene derecho a inscribirse en el "panel" del "Fondo" y en ese "panel" tiene derecho a figurar todo médico autorizado legalmenee a ejercer la profesión y residente en la jurisdicción del "Fondo", mientras no sea expulsado por faltas en el cumplimiento de su deber. Un paciente puede cambiar de médico de cuando

en cuando, pero no durante una misma enfermedad.

Esto en cuanto a Alemania, más no es esta nación la única que ha establecido el Seguro de Enfermedad.

La Ley Inglesa

El Seguro se hizo ley en Inglaterra en 1911. Al principio, como en Alemania, su administración estaba en manos de Juntas Locales, todas bajo la dirección de una Junta Superior o Comisión Central.

En el presente y con la creación del Ministerio de Sanidad, la Administración Central está en manos de este Ministerio de su Majestad Británica.

Tiene la ley inglesa algunas diferencias notables que la distinguen de la alemana, pero obedece fundamentalmente a los principios siendo sus disparidades naturales resultancias de la diversidad de las condiciones locales entre uno y otro país.

La diferencia más importante es que la ejecución de la ley se le ha confiado a lo que se llama "approved societies", formadas exclusivamente de personas aseguradas y absolutamente autónomas, aunque bajo la inspección del Estado. En Alemania cada "Fondo" está gobernado por una Junta de patronos y obreros, en razón a su contribución.

Otra diferencia es que el costo está repartido entre patronos, obreros y Estado. Las cuotas se pagan semanalmente. A la edad de 70 años cesa el beneficio y la contribución al Seguro de Enfermedad, y se ingresa en el de Ancianidad, que también existe.

En Inglaterra el Seguro Enfermedad no cubre gastos de entierro, pero incluye beneficios y servicios médicos para los hijos y para otras personas que dependen del asegurado.

Extensión del Seguro-de-Enfermedad en los demás países

Además de Alemania e Inglaterra tenían Seguro de Enfermedad Obligatorio hasta antes de la Guerra Mundial, los siguientes países:

Austria, ley de 1888.
Hungría, ley de 1891.
Noruega, ley de 1909.
Serbia, ley de 1910.
Rusia, ley de 1912.

Los demás países no se descuidan en la materia. En 1910 el Common-Wealth Statistician de la Comunidad de Australia rindió un extenso informe al Ministro de Comercio, haciendo un luminoso estudio de toda la legislación de Seguro Obligatorio en el mundo. En él se ve que en aquellos países donde no se ha establecido, se estudia y se discute tan importante materia. En Francia, después de la Guerra, se presentó en el parlamento un proyecto de ley para establecer el dicho Seguro.

En los Estados Unidos no existe la ley de Seguro de Enfermedad alguno. Pero tanto se estudia y se discute su necesidad que dice Robert M. Woodbury, profesor de Economía de la Universidad de Kansas: "La extraordinaria extensión de la idea del Seguro Social a través de todos los principales países industriales de Europa, y el principio de su agitación en los Estados Unidos, señala l adaptación eventual de la idea en alguna forma. Si los resultados del sistema son buenos y si es él un paso adelante en el establecimiento de la Justicia Social, si sus ventajas son mayores que sus desventajas, su introducción en los Estados Unidos es sólo una cuestión de tiempo." Actualmente la preconiza y aboga por ella "The American Asso. for Labor Legislation". En

1916 se celebró en Washington una conferencia nacional para estudiar tan importante asunto. Desde luego, que cada país tiene sus propias necesidades y peculiares circunstancias; pero la opinión americana ya se orienta hacia el Seguro Social. Varios estados han ordenado estudios e investigaciones acerca de tal sistema para obtener amplia información.

Diré ahora de paso que la clase médica americana está en contra del Seguro. La Asociación Médica ha publicado panfletos, copias de las cuales poseo, en que se trata de señalar muchas desventajas en el sistema de Seguros. Hay una razón fundamental para ellos que no existe para nosotros: El obrero americano, siendo el mejor remunerado del mundo, puede pagar y paga individualmente al médico. Allí no existe un sistema tan deprimente para la dignidad profesional como el del "titular", tal como se practica en Puerto Rico.

Aplicabilidad del Seguro de Enfermedad a Puerto Rico

Hemos visto la significación que en su aspecto social y político tiene el "Seguro de Enfermedad"; cual ha sido su origen y su desarrollo; cual es su actual status ante la opinión del mundo civilizado.

Y en tanto estas cosas así ocurren en las naciones más progresistas, ¿a qué altura están esas mismas cuestiones en Puerto Rico?

En Puerto Rico ocurre que para una población de 1.300,000 habitantes, solo hay alrededor de 300 médicos en activo, los cuales no reciben una recompensa pecunaria ni remotamente en armonía con el servicio que rinden; que aproximadamente las cuatro quintas partes de la población total, es decir, un millón de personas no tienen más asistencia médica que la que le rinden alrededor de 150 médicos "titulares", es decir, 7,000 personas por cada médico; que no hay establecimientos adecuados para hospitalizar los enfermos y que hay por estos conceptos una enorme pérdida de vidas humanas que se debieran salvar.

Pero hay más, señores Académicos, ¿Es que ese millón de personas son verdaderos insolventes? Son ellos nuestros campesinos; nuestros obreros; son a fuerza muscular en la vida social de Puerto Rico; son aquellos que remueven la tierra; destripan el terrón; plantan la semilla; cuidan la planta; recolectan el fruto bajo los rayos de incendio de nuestros trópicos; son ellos los hombres, que no pueden pagar las servicios de un médico por lo elevado del costo y acuden al "titular" en procesión desesperante, a pedir a éste una tras otra 40, 50, 100, prescripciones diarias, para 200 dolencias diferentes, que no es humanamente posible hayan sido objeto de diagnóstico; y todo, gratuitamente, como si fueran mendigos que hubieran de vivir de la claridad; Y son ellos hombres hábiles en plena producción, que debieran ser capaces y estar en situación de procurárselo todo, por sus propios esfuerzos!

La historia del Servicio de Beneficencia Médica de Puerto Rico es una triste, una dolorosa y trágica historia de inadaptabilidad, de inadecuados remedios y grandes necesidades; es la dolorosa vía de todo un cuerpo de profesionales puertorriqueños cuyas energías se consumieron, cuyo brillo se apagó, en una callada lucha larga y contínua contra un medio inadecuado, indómito, enervante y absurdo; y es a la par la historia de un pueblo dolorido y enfermo, clamante por alivio y cura, a quien se ha querido dar remedio, pero no se ha podido, en una balumba toda de sufrimientos, de buenas intenciones y de fracasos.

País pobre éste, con una población diseminada desde el oro de las arenas hasta el cromo de las serranías y la pizarra de los desnudos picos; de costosos medios de comunicación; de una dispersión de vidas municipales que lo siembra todo de carentes municipios; sin centros de investigación científica, sino en la capital y estos sin la robustez que fuera de desear; densamente poblado por quien vive en las más elementales condiciones de vida, con la nutrición reducida al absurdo, y así la vestimenta y el hogar, tiene como dijimos, y debemos repetir, de un millón trescientos mil habitantes, un millón entregado a la asistencia, al cuidado médico de ciento cincuenta hombres, que reciben por paga, por ello, todos juntos, menos de dos mil pesos mensuales. ¡Y ya sabemos con que medios de diagnóstico, con qué aparatos de precisión cuentan! ¡No pensemos en cardiogramas, en radiumterapia y en contajes diferenciales!....

El Servicio de Beneficencia Médica, además, ha llevado a la mente de nuestro pueblo el concepto de que el servicio médico es cosa, objeto de caridad; que todos tienen derecho a él como al aire y al agua; como a la luz del sol, sin dar nada a cambio ;y esto es un grave mal.

¿Convendría en vista de todo esto al campesino y al obrero, convendría a la clase médica, convendría al país, por su bienestar y desarrollo, el establecimiento del Seguro de Salud?

Creemos que sí. Creemos que es el único medio de levantar de los hombres de la administración municipales la pesada carga de suministrar servicio médico, medicina y hospitalización a tan enorme número de personas y con recursos tan escasos. Creemos que entonces sería la Beneficencia atención nada gravosa, quedando reducida a los naturales límites de la indigencia verdadera, de la carencia absoluta, de la mendicidad y del inclemente desamparo.

Creemos que, como en los demás países en que se ha establecida sus resultados serían la erección de hospitales, de sanatorios y de casas de convalescencia y una más intensa lucha contra las enfermedades evitables. Y creemos que la clase médica estaría mejor compensada en sus esfuerzos y contaría con muchos mejores medios para rendir sus servicios. Veamos sino lo que ha ocurrido en otros países.

Beneficios y resultados del Seguro en otros países.

Para estudiar las ventajas del Seguro hay que volver la vista a Alemania principalmente, dado el prolongado período de tiempo en que lo ha gozado. Dejemos a un lado sus beneficios de índole social y económica, para estudiar los que a la Salud Pública se contraen.

Según cifras de W. H. Dawson en su libro "Social Insurance in Germany", de 1895 a 1910 los "Fondos" adquirieron 74 sanatorios y casas de convalescencia y, en los últimos años, 34 sanatorios más, que nunca hubieran existido sin los dichos "Fondos".

Ellos, en su campaña para reducir la invalidez y la mortalidad han dado la clave en la lucha contra a tuberculosis, cuya incidencia es la tercera gran causa de invalidez.

De acuerdo con su plan antituberculoso, ellos han contribuído a establecer 777 dispensarios en 1910, además de sanatorios y hospitales para incurables.

El sistema de vacaciones en los bosques, en casas de convalescencia, construídas y sostenidas por los mismos "Fondos", ha producido una tendencia a mayor número de curaciones por Tuberculosis. En 1897 el 68% de Tuberculosis curó; en 1908 el 83%.

La mortalidad por tuberculosis en Alemania ha decrecido en la forma siguiente:

AÑOS	MORTALIDAD
1877-1881	3.58 por mil.
1887-1891	3.04 " "
1892-1896	2.56 " "
1897-1901	2.19 " "
1902-1906	2.02 " "
1907	1.98 " "
1908	1.93 " "
1909	1.83 " "

Debido pues, a ello, se salvaron en 1909, 100,000 vidas. La prevención es una gran parte del programa actual del Seguro de Enfermedad. (1)

El Dr. Zabra dice:—"No solo han sido enfermos e inválidos socorridos, sino que se han curado las enfermedades y los incapacitados han vuelto a trabajar. La ley ha evitado así a la Benficencia una carga que de otro modo le hubiese caído encima."

La demanda por los médicos es mucho mayor.

El número de médicos ha aumentado.

La mortalidal general en Alemania ha descendido así:

AÑOS	
1881-1885	25.4 por mil
1905-1909	19 " "
1910-	16.2 " "

Según Dawson, pues, "El Seguro Social en Alemania ha tenido por resultado el progreso material, físico y moral, no solo de las clases aseguradas, sino de toda la población, que se reflejó en su alta norma de civilización y de ciencia económica", hasta que, agrego yo, sus pecados políticos la condujeron a la hecatombe de la Guerra Mundial que produjo el actual estado de miseria.

En sus Nos. 19, 20 y 21 del Vol. 76 (año 1921), el Journal de la Asociación Médica Americana trae un extenso y detallado artículo del Dr. Alfred Cox, Sec. de la Asociación Médica Británica acerca de los resultados del Seguro de Inglaterra. El autor es hombre preparado por su experiencia y especial cargo que desempeña. Su autoridad, por tanto, es indisputable. Y las conclusiones del Dr. Cox son terminantes: La Salud Pública ha ganado; la profesión médica ha mejorado; la ley marcha.

Como un ejemplo aun más cercano de lo que un sistema de Seguros puede hacer, en el sentido de la prevención de enfermedades y en la prolongación de la vida, estudiemos el plan y los resultados de una compañía particular amricana: La Metropolitan Life Ins. Co.

En 1919 empezó esta compañía una extensa campaña para alargar la vida de sus asegurados, empleados industriales en su casi totalidad. El plan de la compañía ha consistido:

1.—En educar a los tenedores de pólizas en materia de higiene personal, por la distribución de panfletos especialmente preparados para enseñar los elementos de la prevención le enfermedades y la conservación de la salud.

2.—Organización de un Servicio de Enfermedades Visitadoras para cuidar de los tenedores de póliza cuando están enfermos y enseñar a la par Sanidad e Higiene en los Hogares. Hasta enero 1, 1921, un total de 11.830.684 visitas se habían efectuado.

3.—Desarrollo de un Negociado de Servicio Industrial, para cooperar con los patronos en conseguir mejores condiciones de vida para los trabajadores.

4.—Cooperación con los funcionarios públicos de Sanidad para conseguir legislación adecuada para el progreso sanitario general.

(1) W. H. Dawson
Social Insurance in Germany.

¿Cuáles han sido los resultados? De 1911 a 1920 hubo una diferencia de 38,000 vidas salvadas; esto es un montante de $4,530,000 por concepto de pólizas que no hubo que pagar... Veamos las estadísticas: "Tanto por mil de mortalidad general comparada entre la Metrop. Life Ins. Co. y U. S. Reg. Area".

AÑO		
1911	12.53	14.18
1919	10.63	12.88
1920	9.68	.....

Tanto por ciento de descenso:

1919-1911	15.2	9.2
1920-1911	22.7	.....

La tendencia a bajar es casi doble en los asegurados de la Metropolitan.

Tuberculosis; muertes por 100,000

1911	203.0	138.2
1919	141.6	111.3
1920	121.5	.....

Tendencia a descender

1919-1911	30.2%	19.5%
1920-1911	40.1	.....

Influencia y Pneumonia (*por* 100,000)

AÑO		
1911	131.2	149.6
1917	542.2	561.2
1919	214.1	222.3
1920	156.2	.....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	63.2	48.6
1920-1911	19.1	....

Enfermedades del Corazón (*por* 100,000)

1911	141.8	141.1
1919	113.9	131.0
1920	114.6	.....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	97.7	7.2
1920-1911	19.2	...

Mal de Bright (*por* 100,000)

1911	95.0	87.6
1919	73.5	81.6
1920	69.4	....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	22.6	6.8
1920-1911	26.9	...

Accidentes (*por* 100,000)

1911	77.4	84.7
1919	63.8	72.0
1920	57.6	....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	17.6	15.0
1920-1911	25.6	....

Cáncer

1911	68.0	74.4
1919	67.0	80.5
1920	68.3	....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	1.5	8.2
1920-1911	.4	...

Sarampión, Fiebre Escarlatina, Tos Ferina, Difteria (en niños).

1911	38.9	49.0
1919	31.5	26.9
1920	42.3	....

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	46.5	45.1
1920-1911	28.2	....

Fiebre Tifoidea

1911	22.8	21.0
1919	7.3	9.2
1920	6.5	...

Tanto por ciento de descenso

1919-1911	68.0	56.2
1920-1911	71.5	....

Enfermedades y condiciones del Pueperio

1911	19.8	16.0
1919	20.0	17.0
1920	22.5	....

(Poseo colecciones de las publicaciones educativas de esta compañía y son verdaderamente notables).

Y no existe razón de Seguro Social en Puerto Rico sostenida sobre los tres puntos de apoyo del Capital, el Trabajo y el Estado.

Puntos Cardinales para una Ley de Seguro de Enfermedad

Veamos a continuación las líneas generales para un proyecto de ley que pudiera presentarse en Puerto Rico, con detalles de organizoción tal vez hasta ahora obscuros, por falta de explicación, en las anteriores páginas.

A.—Personas Aseguradas y Beneficios.

1.—Todo obrero manual y toda persona que gane $60 mensuales o menos, queda asegurado.

2.—No quedarán incluídas: Todos los que aparezcan en las listas de empadromiento municipal de insolventes.

3.—Se pagarán beneficios: en caso de enfermedad, de maternidad, de accidente, de muerte o de invalidez, excepto se derive, por la misma razón, beneficios de "Indemnizaciones a Obreros por Accidentes".

4.—Los siguientes beneficios mínimos se otorgarán al obrero y sus familiares dependientes:

1. Asistencia médica, quirúrgica, dental.
2. Medicinas y útiles quirúrgicos.
3. Bono de enfermedad.
4. Bono y asistencia de Maternidad.
5. Servicio fúnebre.

B.—Organización de los servicios médicos:

1.—Hará un *panel* de profesionales para cada "Fondo" o distrito. Podrán figurar en él todos los médicos, dentistas, hospitales y asociaciones de médicos, que residan dentro de la jurisdicción o sea fácilmente accesibles. Los asegurados podrán escoger de entre tales médicos e inscribirse en sus listas respectivas, pero ningún médico podrá tener en su lista más de 500 asegurados, con sus respectivas personas que dependan de él; cada asegurado sin tales dependencias pueden compensarse con otro asegurado adicional, también sin dependencia.

2.—Se harán contratos adecuados con hospitales y laboratorios.

3.—Se suministrarán medicinas, muletas, espejuelos, etc., etc., hasta 500.00 al año a cada enfermo.

4.—Se podrá dar tratamiento de hospital y sanatorio en lugar de los anteriores beneficios, de conformidad con el paciente o cuando la especial naturaleza de la enfermedad lo demanden.

5.—Cada "Fondo" o distrito tendrá un funcionario médico que no podrá ejercer en pacientes protegidos por esta ley y cuyos funciones serán de inspección.

C.—Otras disposiciones:

1.—Los beneficios serán iguales a dos terceras partes de la cantidad del salario semanay y por no más de 26 semanas consecutivas en cada año.

2.—Para pagar tales beneficios será necesario un certificado del funcionario médico del "Fondo".

3.—No se pagarán beneficios a los que estén sirviendo sentencias en la cárcel.

4.—Cada "Fondo" podrá hacer asignaciones para fines de Sanidad o educación en higiene.

5.—Las contribuciones serán distribuídas así:

Empleados ..... 2|5
Patronos .... 2|5
Estado .... 1|5 (del costo total)

Se dividirá la isla en distritos de 5,000 personas aseguradas: se hará un "fondo" en cada distrito.

Organización General del Servicio Médico de un Sistema de Seguro de Enfermedad

El Dr. B. S. Warren del Servicio de Salud Púlbica Federal ha aconsejado y publicado un bien pensado plan de organización médica para el Seguro de Enfermedad. De acuerdo con este plan una Comisión Central del Seguro de Salud actúa como supervisora de toda la administración, la cual se efectúa por la oficina de un Director, quien está auxiliado por: (a) un Subdirector Financiero a cargo de la sección de los beneficios en metálico; un Subdirector Médico, destacado del Departamento de Sanidad, a cargo de la vigilancia del trabajo de todos los peritos médicos y demás asuntos de Sanidad; y un tercer Subdirector a cargo de la sección de Servicio Médico, propiamente dicho. Bajo la vigilancia de esta oficina central del Director hay varias oficinas de distrito (cuantas sean necesarias) y en cada una de estas hay dos médicos, uno representante de la rama clínica de la profesión médica y otro representante de la rama preventiva y destacado del Departamento de Sanidad. Aquí hay también un representante de los obreros y otro de los patronos. El quinto miembro de cada junta de distrito es el Director de la misma y es electo por los obreros y los patronos del distrito.

Los peritos médicos son funcionarios destacados del Departamento Central de Sanidad y sus deberes son: Examinar aquellas personas aseguradas que alegan incapacidad física, aconsejar medidas a los médicos de asistencia para acortar los períodos de incapacidad, inspeccionar hospitales y dispensarios que sirvan a los "fondos" y aconsejar aquellas medidas generales de Salud Pública que tiendan a disminuir los casos de incapacidad por enfermedad y la duración de estos en los obreros asegurados.

Hay además diversos comités compuestos de médicos, dentistas y enfermeras, que entienden en todos aquellos asuntos relacionados con las respectivas profesiones y que se presentan en el distrito.

Los peritos médicos pueden ser los funcionarios locales de Sanidad y no forman parte de las juntas de distrito ni pueden hacer contratos ni prestar servicios remunerados con fondos de los Seguros.

La Comisión Central consta de:

1.—Un Médico nombrado por el Gobernador, con el Senado.

2.—Dos representantes de los patronos.

3.—Dos representantes de los obreros.

4.—El Director-Presidente, nombrado por el Gobernador y el Senado.

5.—El Comisionado de Sanidad.

CONCLUSIONES

Paréceme que no será extremar mis conclusiones si digo que de lo anteriormente expuesto queda establecido:

1.—Que el Seguro de Enfermedad representaría un progreso, en el orden social y

económico, de la clase obrera de Puerto Rico.

2.—Que sería factor poderosísimo para el mejoramiento de nuestro estado de Salud Pública, para la longevidad de los puertorriqueños y para el descenso de la mortalidad general en la isla.

3.—Que representaría un progreso económico para la clase médica de la isla.

4.—Que significaría un medio de mejoramientro económico para los municipios de Puerto Rico.

Aunque no es de este lugar extendernos en consideraciones sobre el aspecto social y económico de los resultados del Seguro, conviene recordar en apoyo de la conclusión primera, que un salariado protegido contra las pérdidas de dinero por el paro debido a enfermedad, y atendido en sus enfermedades, estaría en superiores condiciones de desarrollo social.

Que una organización de Seguros sería factor de progreso para nuestro índice sanitario, es evidente. Y que tal progreso es no ya deseable, sino necesario y aun urgente, está evidenciado por esas cifras dolorosas de Mortalidad Infantil, de Mortalidad por Tuberculosis, de Mortalidad General, que nos afligen y que para que se reduzcan (y deben reducirse), necesitan de todas las fuerzas sociales y de la cooperación de todas esas fuerzas.

El Seguro-Enfermedad representaría un medio para el mejoramiento de la clase médica, no solo porque facilitaría el desarrollo de las actividades y de las facultades individuales, sino que haría mejorar la condición económica general de esta clase.

Y por último, levanta de sobre las arcas municipales la pesadumbre de la actual beneficencia; algo altamente deseable, no sólo por la economía que representa, sino por la mayor atención que se podría dar a la verdadera indigencia.

Si hay una organización que mejore las condiciones de nuestros obreros, que mejore nuestro estado de salud pública, que mejore nuestra clase médica, que beneficie nuestros servicios municipales, bien vale la pena de que se le ensaye.

En el sereno campo de las ideas me he acercado a un problema económico-social. He presentado datos, expuesto realidades, ofrecido remedios, dentro de mi limitada capacidad.

A intelectualidades más altas toca resolver.

San Juan, P. R., Oct. 24, 1924.

INFLUENCIAS DEL CLIMA, DE LA MALA ALIMENTACION Y DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES EN EL CARACTER DEL PUERTORRIQUEÑO

Por el Dr. Luis García de Quevedo

(Dedicado respetuosamente a nuestros legisladores recién elegidos y a la clase médica del país)

LEMA:—Todo por Puerto Rico.

Cuando una planta tropical se trasplanta a las regiones polares, no prospera en aquel helado suelo y muere prontamente como moriría también un animal de las zonas frías que fuera liberado en las ardientes pampas ecuatoriales, porque sus medios de

resistencia y defensa naturales no están preparados al medio ambiente adverso, es decir, no están aclimatados.

El hombre, lo mismo que las plantas y los animales, no puede substraerse a esas leyes naturales y también viene ya preparado para vivir en el medio ambiente en que ha nacido y así vemos que un hotentote con su piel pigmentosa y su nariz chata de ventanas desmesuradamente abiertas está preparado para sufrir el sol africano y respirar a pulmón lleno el aire caliente de su suelo de fuego, y un esquimal, por el contrario, con su fina piel de armiño y su nariz cerrada, ha nacido para respirar el aire frío de sus países. Si cambiásemos sus habitaciones ambos sucumbirían a las influencias del clima y les veríamos morir probablemente, uno, el hotentote, de alguna infección pulmonar y el otro, de insolación o de alguna enfermedad tropical. El hombre, naturalmente, por medio de su inteligencia creadora busca medios artificiales para protegerse de las inclemencias del clima y de las enfermedades y no perecer hasta que evolucionando lentamente llega a aclimatarse.

En la lucha por la existencia es sabido que las razas y familias débiles desaparecen para dar paso a las más resistentes y superiores, pero esta ley natural se cumple dentro de sus líneas isotérmicas porque si esas razas triunfadoras invaden otras zonas, degeneran lentamente y acaban por desaparecer también o evolucionan y se modifican de tal manera que sus características raciales cambian y aparecen otros tipos, otras sub-familias o sub-razas. El indio mejicano de hoy, por ejemplo, tiene las mismas características raciales que el azteca de Moctezuma porque no ha cambiado su habitación, pero en cambio el tipo hispano mejicano de nuestros días, en nada se parece al de aquellos invictos varones que acompañaron a Cortés en su épica conquista. Matías Romero nos dice en "Méjico Moderno": "Hay un obstáculo al crecimiento de la influencia española en Méjico, y ese es el clima. Todos los europeos, no importa su nacionalidad, se modifiquen físicamente en el Nuevo Mundo, y en ninguna parte es tan notable este cambio como en los trópicos. Los hijos de los españoles residentes aquí son menos vigorosos que sus padres y la tercera generación es absolutamente criolla." Según el Coronel Woodruff (Effect of Tropical Light on White Men) los hombres de la raza blanca en la India pueden sobrevivir hasta dos generaciones, pero una tercera generación es desconocida.

Esta generación de las razas fuera de sus límites naturales pueden notarse hasta en los animales. Nuestros caballos y mulas nativas, por ejemplo, no son sino caricaturas en miniatura de sus ascendientes el caballo y la mula española, pero debemos, sin embargo, apuntar aquí el hecho singular presenciado por nosotros de ver morir una hermosa mula norteamericana como resultado directo de una excursión militar por nuestras montañas, que, para una de nuestras mulitas nativas hubiera sido un simple paseo.

"Creemos". nos dicen Castellani y Chalmers (Manual of Tropical Medicine, 3rd Edition) que la base de una gran proporción de la morbilidad y de la mortalidad en los trópicos es el mal estado sanitario y no la influencia del clima tropical.. Apesar de esto, sin embargo, creemos que una colonización permanente de las regiones bajas tropicales por la raza blanca no es, en nuestro concepto, posible porque un clima uniformemente húmedo y caliente actuando por años disminuye la resistencia contra las enfermedades, y tiene un efecto deletéreo marcado en el sistema nervioso." Según Coddy, los europeos no pueden criar niños sanos y vigorosos en la India

y aunque se les devuelva a la tierra de sus padres a la edad de 4 o 5 años, debido a la influencia debilitante del clima tropical en ese período del crecimiento, no se crían tan vigorosos como sus progenitores.

Nosotros estamos actualmente palpando la verdad de lo afirmado por Matías Romero. Sabemos que la masa campesina puertorriqueña desciende, en su gran mayoría, del pueblo español y aún puede oirse entre nuestros "jíbaros" viejos algunas voces clásicas del antiguo castellano, pero en lo que respecta al físico nuestro campesino difiere mucho, desgraciadamente, del campesino español, alegre y animoso, blanco y sonrosado, fuerte y emprendedor y creemos que como en Méjico, la tercera generación de los españoles en Puerto Rico no es ya típicamente española sino que se ha convertido en una de indianos, isleños o criollos, un nuevo tipo, débil vástago de la sangre noble y generosa que España esparció a mares en las Américas en su legendario esfuerzo colonizador.

Lo mismo ocurrirá como resultado de nuestro cruzamiento con los norteamericanos que convivan en nuestro suelo; en el transcurso de los años aparecerá el nuevo tipo, que indudablemente aventajará físicamente al actual, porque es sabido que el cruzamiento con otras razas siempre mejora el tipo y porque la raza invasora, previsora por naturaleza y mirando siempre a lo porvenir, da especial atención a la cultura física y a la sanidad de sus pueblos y librará a Puerto Rico, como libró a Panamá, de enfermedades infecciosas y hará del puertorriqueño nativo un ciudadano fuerte y saludable que pueda igualarse físicamente a los de cualquiera otra parte de la Nación.

Es un penoso deber tener que confesar que el puertorriqueño de hoy tomado en su promedio es, físicamente, un desastre; pero es preciso decirlo así, francamente y sin vacilaciones, porque si siguiéramos como vamos, dedicados exclusivamente a la educación mental de nuestro pueblo sin armonizarle con una cultura física apropiada llegaríamos muy pronto a hacer de él un pueblo de ilustradísimos inválidos apesar de que nunca alcanzaría su máximum de instrucción sin una cultura física adecuada.—*Mens sana in corpore sano.*

El puertorriqueño actualmente es una ruina física, lo aseguramos con conocimiento de causa, y lo hacemos en un esfuerzo por corregir el mal y porque entendemos que es hora de que nuestra clase médica y nuestros legisladores, los que han de ocupar pronto sus sitiales, le den a este asunto toda la importancia que posee y se ocupen con más amor de la rehabilitación física de nuestras olvidadas y explotadas masas campesinas. Obra patriótica y hermosa iniciada por un meritísimo profesional norteamericano, el Dr. B. K. Ashford, la que nosotros debemos continuar a costa de cualquier sacrificio porque en ella va envuelta la salud y el bienestar del pueblo; *salux populi suprema lex;* y para que nuestros hermanos del Norte no se lleven todo el honor y toda la gloria en tan magna labor, pues de no hacerla nosotros, la harán ellos seguramente.

Después de un viaje de inspección médica por las escuelas de Puerto Rico, donde pudimos observar personalmente más de 25,000 niños de ambos sexos, podemos afirmar que las condiciones físicas de nuestra población escolar dejan mucho que desear porque hemos encontrado un promedio de 85% de niños sufriendo de defectos dentarios, hipertrofia crónica de las amígdalas, adenoides y falta da peso y de desarrollo torácico. Fuimos también por varios años Oficial del Cuerpo Médico del Regimiento de Puerto

Rico y posteriormente, durante la Guerra Mundial, tuvimos el altísimo honor de desempeñar en el Campamento "Las Casas", el cargo de Comandante del Cuerpo Médico de uno de los regimientos puertorriqueños y tuvimos el privilegio de examinar físicamente muchos miles de reclutas procedentes de todos los confines de la Isla, tanto de las montañas como de las llanuras y de los valles, y hemos de confesar con tristeza y humillación que fueron relativamente muy pocos los reclutas puertorriqueños que llenaron a satisfacción el "standard" físico requerido por las ordenanzas militares para ser admitidos como soldados del Ejército de los Estados Unidos; lo cual indica palpablemente nuestra inferioridad física.

¿A qué se debe esta degeneración de nuestro pueblo? Hemos de permitirla impasibles e indiferentes sin que estallen nuestras fibras patrióticas y humanitarias? ¿No sería un crimen de lesa patria permanecer como esfinges ante el desmoronamiento físico de nuestro país y de nuestra raza? ¡Ah, legisladores! Gastemos gustosos hasta "nuestra última peseta" y hagamos todos los esfuerzos y sacrificios necesarios para reparar el mal sino queréis que toda una generación os señale como negligentes en el cumplimiento de vuestros deberes patrios.

Nuestros médicos y nuestros legisladores son los llamados a investigar y a poner remedio a tanta miseria física.

¿Cuáles son sus factores contributivos? ¿Es la anemia que se observa en el campesino, conocida con el nombre de "anemia tropical" causada exclusivamente por un parásito intestinal?

En contestación a la última pregunta debemos hacer un poco de historia.

En la Sesión Científica de la Sociedad Médica del Distrito Norte, celebrada en San Juan en Junio del año 1915, tuve el honor de leer una Conferencia sobre "La Anemia de Puerto Rico y sus Causas", que fué publicada más tarde en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, Vol. XI, Junio de 1915, y en la citada conferencia expusimos las siguientes conclusiones sobre la anemia de nuestros campesinos, que aunque no están comprobadas con pruebas estadísticas o de laboratorio como deben estarlo todas las contribuciones científicas, son hijas de nuestras observaciones personales y están basadas en nuestra experiencia de veinte años de práctica profesional en el país:

(1) La anemia típica de los habitantes de Puerto Rico no se debe exclusivamente a un parásito intestinal determinado.

(2) Esta anemia puede reconocer por causas:

(a) Las toxinas producidas por uno o derivadas de varios de los parásitos que generalmente viven asociados en el tubo intestinal del nativo.

(b) Las caquexias producidas por el paludismo, por la sífilis y por la filariasis .

(c) El estado habitual del extreñimiento crónico que se advierte en la población.

(d) Los defectos dentarios que se notan en la gran mayoría de sus habitantes.

(3) Todas las causas que se acaban de mencionar obrando separada o conjuntamente en un medio favorable (alimentación deficiente, el clima, la falta de higiene y habitaciones apropiadas y la falta de atención médica a sus enfermedades), producen un estado de intoxicación crónica del organismo, le debilitan,, le agotan, y gradualmente, le llevan al estado de pobreza fisiológica que es

la triste y dolorosa característica de nuestros campesinos.

Creemos sinceramente que la uncinariasis y la anquilostomiasis, tan comunes en el país, son factores de capital importancia en la producción de la llamada "anemia tropical" y creemos además que su extirpación ha de traer consigo un mejoramiento notable en el índice de hemoglobina y en la eficiencia en general de nuestras masas trabajadoras y es por consiguiente el primer paso, indispensable en su rehabilitación física, pero eso no es todo y de ninguna manera podemos aceptar que termine ahí nuestra misión, que es indudablemente de mayores y más trascendentales consecuencias.

Cuando se habla de la anemia del país no debemos los puertorriqueños olvidar nunca la deuda de gratitud que Puerto Rico tiene contraída con uno de sus benefactores, el sabio investigador Dr. Bailey K. Ashford, que fué el primero que nos llamó la atención sobre la presencia del terrible parásito en nuestro suelo y después con voluntad firme y una abnegación admirable, luchando contra grandes dificultades, logró interesar a nuestros legisladores y se puso al frente de la primera campaña para su exterminación con decidido empeño y éxito manifiesto, y últimamente, con sus notables trabajos y escritos consiguió también interesar a la Institución Rockefeller, que ha enviado una comisión de su seno a la Isla a proseguir su hermosa obra y no es de dudar que esa comisión trabajando sistemáticamente con ahinco, como lo hace, o instruyendo al campesino en su profilaxia, acabarán el trabajo con tanto éxito comenzado por Ashford. Es de esperarse también grandes beneficios para Puerto Rico del establecimiento de una Escuela de Medicina Tropical en esta isla, que pronto ha de aparecer probablemente inspirada en los trabajos del Dr. Ashford. Pero es el caso que antes del muy afortunado arribo del Dr. Ashford a nuestras plapas, se atribuía exclusivamente al clima y a la mala alimentación la anemia del "jíbaro" y hoy existe una tendencia marcada a creer que la uncinariasis es la caja de Pandora, fuente de todos nuestros males, olvidándonos de la sabia experiencia de nuestros abuelos; y para desvanecer en lo posible ese error, escribimos la conferencia citada, de la cual nada tenemos que rectificar hoy, afirmándonos con mayores razones cada día en las conclusiones que allí expusimos y que hemos copiado en este escrito, porque a la luz de los últimos conocimientos sobre esta materia, se ha confirmado plenamente lo que empíricamente afirmaban nuestros abuelos sobre la influencia del clima y de la mala alimentación como factores contributivos a la "anemia tropical", guiados solamente por su sabia experiencia y buen "ojo clínico".

Debemos tener muy en cuenta las observaciones de Mitchell en el golfo pérsico al tratar de los factores causativos de la anemia tropical; él considera que el calor húmedo *per se* frecuentemente produce anemia. W. M. Strong investigó este punto en 1916 y cree que la palidez que se observa en la gente que vive en los trópicos no se debe a deficiencias en la hemoglobina ni a la isquemia de los capilares cutáneos sino a la pigmentación de la epidermis, que se vuelve parcialmente opaca a la luz roja, lo que es muy importante porque el color de la piel depende de la relativa cantidad de los colores espectrales que se reflejan en el ojo. A esto debemos añadir lo que dicen Castellani y Chalmers (Manual of Tropical Medicine, 3rd Edition): "Nosotros no nos inclinamos a creer en una anemia marcada que reconozca por causa solmente las influencias climatológicas sin otro factor causal, pero la dismi-

nución de la resistencia contra las enfermedades es ciertamente producida por una larga residencia en los trópicos y obedece mayormente a la influencia del clima *aunque el alimento puede ser también un factor causal;* pero los factores químicos de la resistencia a las enfermedades requieren todavía investigación".

McCay (Protein Element on Nutrition), que es, sin duda alguna, el que más ha estudiado el problema de la alimentación en los trópicos, ha demostrado que cuando la ración de substancias proteidas en una dieta tropical es muy baja, la *constitución física, la capacidad para el trabajo, la salud y la resistencia contra las enfermedades* bajan también, e ilustra esto refiriéndose a los bengaleses, que son grandes comedores de arroz, y, como brillante contestación a sus críticos, demostró palpablemente por comparación con otras tribus aliadas que vivían en las mismas condiciones que los bengaleses, que es la influencia que ejercen los alimentos, y principalmente las substancias protéicas, el factor importante para determinar el grado de fuerza muscular, las dotes físicas, el poder de resistencia y, más que nada, el lugar que la tribu o la raza se ha ganado para sí por sus actos varoniles y su valor.

Sabemos que las ondas etéreas, llámense hertzianas, rayos X, radio, luz etc., tienen la misma procedencia. El sol posee rayos luminosos (los amarillos), rayos caloríficos (los rojos) y rayos químicos o actínicos (el azul, el violeta y el ultra violeta). Según Finsen, la acción de los rayos actínicos es más poderosa que la de los demás rayos y excita poderosamente el sistema nervioso. De aquí el bienestar que se experimenta los días claros de sol y la depresión que se observa en días nublados.

Charcot adelantó la opinión de que no eran los rayos coloríficos sino los actínicos los productores de las quemaduras por el sol y probó que estas quemaduras son idénticas a las producidas por una bombilla eléctrica, y Berdard y Morgan demostraron que los rayos ultra violados eran los productores de la dermatitis. Uno de los experimentos de Finsen fué muy significativo: Se pintó con tinta china sobre la piel de su brazo, para imitar la piel del negro, un disco de dos pulgadas, y lo expuso por tres horas consecutivas a la acción de un sol intenso. Por algún tiempo la piel permaneció normal, mostrando solamente una ligera coloración alrededor del disco ennegrecido, pero más tarde se tornó rojiza y se inflamó toda la parte expuesta con excepción del sitio teñido por la tinta. Algunos días más tarde desapareció la eritema dejando en su lugar una marcada pigmentación de la piel. Después expuso nuevamente su brazo al sol y se inflamó solamente la parte teñida por la tinta en el experimento anterior y la parte restante se obscureció más aún con mayor cantidad de pigmento pero sin mostrar inflamación. Estos experimentos probaron el poder penetrador de los rayos actínicos y nos indican que la pigmentación de la piel que se observa en los trópicos y en el ecuador es una acción protectora del organismo contra esos rayos.

Para comprobar esta acción nociva de los rayos solares el Profesor Ferni sometió a su acción directa por dos meses a una serie de personas y encontró que el 83% de las personas sometidas al experimento se sintieron enfermas. En un total de 69 personas se quejaron de dolor de cabeza 52, de insomnio 15, de conjuntivitis 25, de sensación de picor en la cara 36, sequedad en la garganta 46, de sed 40, de faringitis ligera 44, de debilidad en los piés 32, de coriza 52, y de fiebre 12.

Cantlie (International Text Book of Surgery) menciona el estímulo que los extranjeros reciben en los trópicos que más tarde se convierte en extenuación y anemia.

El Dr. W. J. Simpson (Journal of Tropical Medicine, April 15, 1903) anota el hecho de que en los trópicos hay un aumento de 0.05° F. en la temepratura del cuerpo por cada grado F. de aumento en la temperatura del aire, y como apunta razonadamente el Dr. Woodruff, si una temperatura de 110° F. destruye y protoplasma nervioso en pocas horas y una de 105° F, en pocos días, seyuramente que una alza de medio grado, si no es fatal, es por lo menos tan dañino que eventualmente inutiliza el organismo, si no en una generación en las otras.

Al hablar de la temperatura de un país es muy necesario tener siempre en cuenta el factor humedad porque un clima caliente y seco se puede resistir mejor que uno húmedo, ya que la evaporación de la piel se efectúa con más rapidez, y también debemos tener en cuenta los vientos y la calidad del terreno. Puerto Rico es una isla privilegiada en este sentido, porque los vientos protectores que nos vienen constantemente del noroeste y lo montuoso del terreno mitigan grandemente el calor que no sentimos tanto como lo sienten otras regiones situadas más al Norte. ¡Lástima grande que la imprevisión de nuestros legisladores y el egoismo de los poseedores de tierras, hayan dejado huérfano de sombra a nuestro país, que cincuenta años atrás se distinguía por la frondosidad de sus campiñas y lo poblado de sus bosques!

Hay un punto que nos parece de gran importancia en la patología tropical y al cual no han prestado gran atención los estudiantes de los problemas tropicales, quizás por la obscuridad en que está envuelto aún y por no apoyarse en bases científicas sólidas y reconocidas por todos, y es la relación íntima que guardan la luz solar, la mala alimentación y las enfermedades tropicales con los desequilibrios de las glándulas endocrinas que son en los trópicos muy frecuentes y tienen una gran influencia en la idiosincrasia y en el carácter de los nativos de esos países.

En una conferencia leída por nosotros ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico en Diciembre de 1921 y publicada en el Boletín de la misma Asociación (Nociones sobre las glándulas endocrinas y su importancia en la patología tropical) No. 136, Abril 30, 1922, decíamos: "No es frecuente en Puerto Rico ver esos casos extremos de deficiencias glandulares que dan lugar a las entidades patológicas ya bien determinadas y perfectamente conocidas que tienen su sitio determinado en los tratados de Medicina, como las enfermedades de Graves, de Basedow, de Addison, la acromegalia, etc., pero sí son sobrado frecuentes los casos de disfunciones de estas glándulas, que sin llegar a determinarse por una u otra entidad, producen trastornos en la economía que vienen a obscurecer el ya complejo problema de la patología tropical y es por consiguiente muy importante y necesario para nosotros el estudio de estas secreciones internas"..... "Al que se haya dedicado a la práctica de la Ginecología en nuestra isla no habrán dejado de llamarle la atención la frecuencia de la amenorrea, la dismenorrea, la menorragia y la metrorragia entre nuestras mujeres y también le habrá sorprendido lo comunes que son en nuestra práctica profesional esas explosiones nerviosas que el vulgo distingue con el nombre de "mal de pelea" y "ataque de nervios", y que nosotros, a falta de mejor diagnóstico, llamamos ata-

ques histéricos o histero-epilépticos. Esos estados son, a nuestro entender manifestaciones de trastornos funcionales de las glándulas endocrinas, quizás del tiroides, de las paratiroides o de los ovarios."

En la Conferencia Internacional sobre Problemas de Salubridad celebrada en Jamaica en el presente año el Dr. Agramonte, de Cuba, declaró, refiriéndose al esprú, que él creía que en el fondo era debido a insuficiencias endocrinas, y el Dr. Ashford estuvo de acuerdo con él en que la insuficiencia endocrina acompaña al esprú, sobre todo la de la glándula suprarenal. Si observamos que el esprú, el beri-beri, la pelada y otras enfermedades tropicales que conocemos hoy con el nombre de "enfermedades por deficiencias" tienen su origen en las disfunciones de las glándulas endocrinas y notamos también las íntimas relaciones que tiene una de ellas, la pelada, con los rayos solares, no podemos menos que pensar que esos rayos, o por lo menos los actínicos, sean, en principio, el origen de todas ellas, causando desequilibrios de nuestro sistema nervioso que traen a su vez disfunciones de nuestro sistema endocrino por la íntima relación que guardan el uno con el otro.

La neurastenia general que se observa en nuestra población y la amnesia típica del campesino no es ciertamente herencia de nuestros antepasados, es adquirida en el medio en que nos movemos, y creemos, con Woodruff, que se debe a la acción continuada de los rayos actínicos solares actuando lenta pero seguramente en nuestro sistema nervioso central, y se observa también en nuestros antípodos las Filipinas y en la India donde los ingleses la distinguen con el nombre de cabeza de Punjab o de Burma por la frecuencia con que se nota en esos distritos. En efecto, por el experimento de Finsen ya anotado hemos podido apreciar la acción penetrante de esos rayos y sabemos además que no solamente atraviesan la piel sino también los huesos craneanos para herir nuestra substancia gris cerebral y espinal, porque parece tener cierta afinidad por la célula nerviosa a la cual estimulan primeramente pero después, quizás por exceso de estímulo, deprimen, para llegar finalmente, como sabiamente dice Cantile, la extenuación y la anemia.

Nos decía en cierta ocasión un canadense residente en el país: "Ustedes los puertorriqueños son todos muy nerviosos e impresionables, siempre están en tensión nerviosa, andan de prisa sin motivo, hablan mucho para decir cualquier insignificancia y gesticulan mucho; desde léjos se puede uno enterar de la conversación sin oirla por el movimiento de las manos; son como los fósforos, se inflaman fácilmente y por cualquier nimiedad riñen los amigos y se matan los hombres sin que al parecer les importe el porvenir." Así nos ve el extranjero y así somos en realidad, más, si nos hubiera conocido profundamente hubiera añadido: "Son unos desmemoriados, sin carácter ni firmes propósitos y fácilmente sugestionables," para completar el cuadro de nuestros defectos principales. El jíbaro es el ser más desmemoriado de la tierra, todo lo olvida, muchas veces hasta el nombre de sus propios hijos, y ciertamente que esta amnesia general que se observa en nuestras masas, lo mismo que su nerviosismo y veleidosidad, deben reconocer alguna causa que, si no es la apuntada por nosotros, debe investigarse para encontrarla y corregirla. Como ejemplo de nuestra impresionabilidad y fácil sugestionabilidad bástenos decir que aún está muy vivo en nuestra mente el recuerdo de los bochornosos días de la célebre bruja de San Lorenzo

que con sus conjuros y sin justificación alguna, logró mover todas nuestras clases sociales de un confín a otro de la isla y traerlas en histérica romería a su cabaña para beber con fé ciega el agua inmunda que ella bendecía con sus manos rústicas y sucias de curandera campestre.

Entre los españoles que conviven con nosotros son muy frecuentes las afecciones gastro-intestinales, y ya es sabido que español que llega a Puerto Rico es español que más o menos tarde ha de sufrir del estómago; y se mejoran notablemente o se curan cuando vuelven a su país, esta afección generalizada entre los españoles en Puerto Rico, obedece desde luego, a deficiencias glandulares que no son provocadas seguramente por defectos en su alimentación, que es nutritiva y sana, sino por alguna otra causa que muy bien pudiera ser el sol tropical.

Ya hemos podido ver también por lo acotado de McCay sobre las dietas, como modifican éstas la constitución física y el temperamento de los pueblos y si paramos un momento nuestra atención en la alimentación de nuestro campesino veremos enseguida cuán defectuosa y desequilibrada es en sus elementos constitutivos.

Nustros campesinos no comen, introducen en sus estómagos los alimentos que encuentran y a la hora que los encuentran y ¡gracias a Dios que los encuentran!, porque no poseen en torno de sus míseras cabañas ni un palmo de terreno para sembrar una hortaliza. Carecen de dieta especial; su dieta es su capricho, porque aún en una misma *finca* varía el alimento en cada casa y no come lo mismo el jíbaro de la altura que el de los valles o de las costas. La dieta normal de un adulto del peso y de la talla de nuestros campesinos, que haga un trabajo muscular moderado, debe contener alrededor de 3,000 calorías diarias, debidamente equilibrada en sus componentes, y nos parece la más adecuada al clima una que contenga suficiente cantidad de materias nitrogenadas para reparar las pérdidas de un metabolismo tropical excesivo, pocas grasas, que no son bien toleradas como en los climas frios y debidamente condimentadas con vegetales frescos donde no falten la col ni el tomate, que como sabemos, contienen gran cantidad de vitaminas de las tres clases conocidas y son de fácil obtención. Apunuamos la siguiente:

Substancias nitrogenadas	120 gramos—492	calorías
Grasas	30 gramos—273	"
Materias hidrocarbonadas	550 gramos-2255	"
Total.............	3020	calorías

La alimentación que recibe actualmente el campesino no podría desmenuzarse en calorías porque realmente come lo que encuentra, arroz, algunas verduras donde descuella el malango y la batata, bacalao, alguna que otra fruta y café con o sin azúcar y leche; pan o galletas cuando lo encuentra y ningún postre; "que eso es cosa de los ricos", como me dijo filosóficamente un jíbaro cuando investigaba este asunto, y carne la comen cuando el compadre mata un cerdo o al propietario de la finca se le muere por accidente una res. Su alimentación es escasa, de mala calidad, está mal equilibrada y peor distribuída. Es escasa porque no da el número de calorías necesarias a su economía, es de mala calidad porque no solamente los artículos de su consumo son de clase ínfima, sino que muchas veces los ingiere dañados; mal equilibrada porque no hay proporción entre las materias albuminosas y las grasas que debiera tomar y el exceso de productos indigeribles y

de substancias farináceas de que se compone pricipalmente su alimento; y finalmente, mal administrados por que no existe una debida saparación entre sus dos principales comidas, que hacen entre once y doce del día y 4:30 a 5 de la tarde, los que tienen ese privilegio.

No queremos hablar de la alimentación desastrosa que reciben nuestros infantes y nuestros niños, los hombres del mañana, tanto en el campo como en las poblaciones, porque nuestra pluma se resiste a describir tanto horror y tanta miseria. Se necesitaría la pluma del Dante para describir las miserias infinitas en que se revuelven esas tiernas e inocentes criaturitas en su lucha por la vida y los errores criminales que se cometen a diario en su alimentación. Viven porque Dios, en su infinita misericordia, permite que vivan a despecho de las heregías que se cometen en su alimenntación. Antiguamente el campesino poseía su vaquita, cerca de su choza, para alimentar a sus débiles hijitos, pedazos de su corazón; hoy no tiene nada, ni donde conseguir la leche, nada.... ni un arbol siquiera en su batey a cuya sombra pudiera olvidar las penas de su inmensa desventura y triste soledad. Todo ha caído segado por el hacha implacable del egoismo y de la ambición humana. ¿A dónde iremos a parar de esta manera?

El pobre campesino del país a fuerza de sufrimientos y a costa de su vigor físico y de su salud, ha logrado aclimatarse al medio tropical y ha conseguido mitigar en parte la acción destructora de los rayos actínicos sobre su organismo por medio de la pigmentación de su piel, pero debiera enseñársele a evitarlos con mayor eficacia por medio de vestidos apropiados porque los que usa actualmente no le protegen debidamente. El dril kaki sería la mejor tela para su indumentaria y su cabeza se encontraría mejor protegida con un sombrero da paño kaki forrado de verde en su interior, que le evitaría la acción del sol en su cerebro, que le ha sido tan perniciosa.

Hemos visto ya como las inclemencias del clima, la mala alimentación y las enfermedades tropicales forman el trípode donde se levanta la ruina física de nuestras cloróticas masas y constituyen las bases de nuestra idiosincracia. No decimos de nuestro carácter, porque en realidad no lo tenemos, no está formado aún, está en estado embrionario y debemos formarlo porque es de capital importancia para la vida del pueblo: la vida cívica, la vida moral. No le tenemos aún porque en las cuatro centurias pasadas nuestro campesino no fué considerado como ser humano sino como cosa explotable, objeto de burlas y de escarnio y él aprendió a ser indiferente a todo, fatalista, humilde hasta la humillación y su naturaleza enfermiza le llevó a creerse de una clase inferior, perdió la firmeza de carácter, y se tornó tímido e irresoluto el hijo de los Cortés y de los Ponce de León y ocultó su debilidad en el fondo de su humilde choza y en su retiro y en su ostracismo no pensó más que en laborar su terruño querido y soportar cristianamente sus males físicos sin ocuparse para nada del mundo exterior.

Hora es ya de que los legisladores den toda su atención a los problemas sociales de ese pueblo que los eligió, y elevando su corazón muy alto piensen en la Patria, la patria chica, esa bendita tierra que nos vió nacer y que todos adoramos. Hora es ya de que se extienda una mano generosa a nuestro hermano campesino que ha caído, para que se levante y ocupe con orgullo su sitio en la comunidad. ¡Todo por Puerto Rico!

LA RECIPROCIDAD MEDICA CON EL ESTADO DE NUEVA YORK

Hacia el 20 del pasado mes de Octubre fué recibido un cablegrama del Negociado de Asuntos Insulares de Washington en el que el General McIntyre le comunicaba al Gobernador Towner que el Estado de Nueva York había acordado la reciprocidad médica con esta Isla.

La noticia no puede ser más halagadora para la clase médica de este país por la distinción otorgada, mereciendo entusiastas plácemes la Junta de Médicos Examinadores de Puerto Rico, por el hermoso triunfo realizado y muy especialmente su secretario Dr. Diego A. Biascoechea, quien en su último viaje realizado a los Estados Unidos llevó una carta del Gobernador Towner al Gobernador Smith del Estado de Nueva York, y a su vez lo refirió al Dr. Whiteman, presidente de la Junta de Médicos Examinadores de Nueva York, y al Dr. A. S. Downing, Comisionado de Instrucción de New York. El resultado fué un éxito.

La Asociación celebra con júbilo este gran paso de avance de la profesión médica por ser un asunto que con entusiasmo secundó cuantas veces fué discutido entre sus compañeros.

NOTAS SOCIALES

Se han embarcado para los Estados Unidos con el objeto de asistir al Congreso de Cirujanos Americanos que se celebrará en la ciudad de Nueva York, los distinguidos compañeros cirujanos Doctores Jorge del Toro y R. López Nussa.

Después de una ausencia de cuatro meses regresó a este país nuestro eminente compañero el Dr. Bailey K. Ashford. El Dr. Ashford asistió al importante Congreso Internacional de Medicina Tropical celebrado en Kingston, Jamaica, habiendo emitido un interesante informe en su calidad de delegado.

Se encuentra nuevamente entre nosotros nuestro ilustre compañero Dr. Antonio Fernós Isern, Sub-Comisionado de Sanidad de esta Isla, quien asistió a una asamblea en Toronto, Canada, relacionada con asuntos médicos sociales internacionales. A su regreso tomó un curso en la Universidad de Columbia, en salud pública basada en estos cuatro aspectos:

(1) Aspecto público de la Tuberculosis.

(2) Higiene Social.

(3) Administración de Clínicas y de Centros de Salud.

(4) Sífilis.

Nuestro activo y entusiasta Secretario de la Asociación, Dr. Ramón M. Suárez, quien estuvo ausente en Nueva York y Richmond, (Va.) se encuentra nuevamente en la lucha profesional. El Dr. Suárez con gran aprovechamiento práctico, tomó un curso especial de Immunología y tratamiento para el asma.

El Dr. Luis B. de la Vega, Capitán Médico del Cuartel General de la Guardia Nacional de Puerto Rico se embarcó para los Estados Unidos representando dicha organización a la Convención de Cirujanos del Ejército que se efectuará en este mes de Noviembre en San Antonio (Texas). El Dr. de la Vega se propone tomar un curso especial en enfermedades del estómago e intestinos. Exito al buen amigo y compañero.

Acaba de embarcarse en viaje de estudio y observación nuestro distinguido Vice-Presidente Dr. Agustín R. Laugier, indiscutiblemente miembro perpétuo de la Directiva, ya que es el que por más años y con más asiduidad y entusiasmo ha estado siempre al servicio de nuestra Asociación. El Dr. Laugier estará aproximadamente seis meses en Europa dedicado esencialmente en estudiar los nuevos procedimientos en práctica en el continente cerebro. Dedicará la mayor parte de su tiempo en visitar los centros médicos de París y Viena, sin olvidar por ello a Berlín y Barcelona. Deseamos al compañero ausente las más gratas impresiones.

CURRENT COMMENT

Gastrointestinal Symptoms and Epigastric Hernia.—Hernia in the linea alba has often been confused with gastric and duodenal ulcer, and sometimes the two conditions exist at the same time. The presence of a tumor or slitlike opening in the linea alba, with or without the protrusion of a small mass on coughing, will help to establish a diagnosis of hernia.

In ulcer the symptoms come on at a certain interval after eating, while in hernia the paroxysmal attacks have no relation to meals but usually follow physical exertion, and the patient finds the most relief is secured by assuming a doubled up position, which relaxes the linea alba—when the omentum slips back into the abdominal cavity the pain disappears. Epigastric hernia must also be distinguished from cholelithiasis, cholecystitis, gastralgia, gastritis, carcinoma, sarcoma, appendicitis, nephrolithiasis, abscess or tumor of the abdominal wall, and the gastric crises of tabes. — Leigh F. Watson: New York Medical Journal and Record, April 16, 1924.

Dangers of Taxis in Strangulated Hernia. Taxis is little used at the present time because of its dangers and the fact that there is a much lower mortality rate if operation is performed as soon as the diagnosis is made and without attempts at manual reduction. Contrary to the general opinion, if the hernia cannot be reduced in five minutes by moderate pressure, it is inadvisable to continue taxis longer. Taxis is aided in infants, children and adults by suspending them by their feet, head downward.

Taxis is contraindicated when the hernia has been down several hours; when the onset is acute and the symptoms severe; when previous attempts at taxis have failed; when the hernial coverings are edematous; when there are signs of ulceration and gangrene.

If taxis is apparently successful the patient is not out of danger for several days and should be watched carefully for symptoms of reduction "en masse", hemorrhage, and delayed perforation of the intestine.—Leigh F. Watson: International Clinics, 1924, vol. 2, s. 34, p. 217-219.

Jack-Knife Position After Hernia Operations.—The posture of the patient after an operation for hernia is usually neglected. If surgeons realized that they could reduce their recurrences materially, besides adding to the comfort of their patients, the jack-knife position would become a matter of inguinal, femoral, umbilical and ventral hernias which present difficulties in closing the fascial layers.

In inguinal hernia operations the best exposure is obtained by keeping the thigh extended until the deep sutures are ready to be tied, when it should be elevated, adducted

and rotated inward. This reduces the distance between Poupart's ligament, the internal oblique and conjoined tendon from 25 to 50 per cent., depending on the size of the opening, the variety of hernia, and the development of the muscles. After the patient is returned to bed his knees and shoulders should be elevated 25 to 45 degrees by means of pillows and a back rest. This position takes the strain off of the stitches during the process of repair, permits a broad firm union of fascial flaps, and reduces the percentage of recurrences. The jack-knife posture should be maintained as long as the patient stays in bed.—Leigh F. Watson, Annals of Surgery, August, 1924, lxxx, p. 239-241.

A NEW CHAIR AT JEFFERSON MEDICAL COLLEGE.

In recognition of the far reaching developments of bronchoscopy in the diagnosis and treatment of diseases of the lungs and of esophagoscopy and gastroscopy in the diagnosis and treatment of diseases of the esophagus and stomach, the Board of Trustees and Faculty of The Jefferson Medical College have created a new Chair to be known as the Department of Bronchoscopy and Esophagoscopy. Dr. Chevalier Jackson, formerly Professor of Laryngology in The Jefferson, has been elected to the Professorship of the new Department. Dr. Fielding O. Lewis has been elected to fill the Chair of Laryngology vacated by Dr. Jackson.

EXORDIO POR EL DOCTOR. J. M. SANTIAGO, PRESIDENTE DEL COMITE DE ASEGURO MEDICO AL PRESENTAR SU PROYECTO DE ASEGURO A LA CONSIDERACION DE LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DEL 5 DE OCT.

Compañeros: Al proponerles este proyecto de aseguro médico, no es mi propósito hacer una obra acabada, sino solamente llevar a vuestro ánimo el convencimiento de que este aseguro es factible y que al mismo tiempo estamos en la ineludible obligación de protegernos mútuamente, evitando de este modo el espectáculo triste y bochornoso que se nos presenta con frecuencia en las calles de nuestras poblaciones al ver como hijos de compañeros fallecidos en la miseria imploran la caridad pública, por haber su padre muerto en la indigencia después de haber dado a la comunidad en que vivió sus energías, su saber, su dinero y últimamente su vida.

Nuestra profesión es la más sufrida de las profesiones: trabajamos sin descanso alguno durante las veinticuatro horas del día; para nosotros no hay tregua, no hay vacaciones; estamos constantemente oyendo el clamor de nuestros semejantes; el día entra y el día sale y aún a veces la noche y nadie viene a contarnos sus placeres en el baile de la noche anterior sino a contarnos sus cuitas y sus dolores; vemos a la humanidad tal y como es, desnuda sin el ropaje que la embellece; nos hastiamos de la vida; no hay un compañero que no esté más o menos neurasténico; la época de los grandes cobros ha pasado a la historia; todo lo damos, todo lo sacrificamos sin reservar nada para nos-

otros mismos, y es muy triste que al morir no leguemos a nuestra familia otra cosa que la miseria y el hambre.

Es preciso que este estado de cosas termine, y no podemos esperar la salvación de nadie sino de nosotros mismos.

La unión hace la fuerza. Unámonos, pues, en este movimiento altruista, agrupémonos y formemos una asociación de aseguro *verdad* que ponga a cubierto a nuestros familiares cuando tengamos que dejar este mundo, donde el médico ejerce tan desinteresadamente su sagrado apostolado.

Somos unos 420 médicos en la isla de Puerto Rico. Si cada uno de nosotros aportara la pequeña cuota de $20.00, se formaría una bonita suma de $8,000 que vendrían a hacer más llevadera la tristeza del hogar vacío por la muerte de un compañero en la población.

El promedio de la mortalidad de médicos en Puerto Rico no llega a cuatro al año, de manera que con el pago de $80 al año, cualquier compañero, estaría asegurado por $8.000

¿Qué compañía de aseguro podría asegurarnos por esa cantidad, a una prima de $80 anual.

Cuando por primera vez surgió en mi mente la idea del aseguro médico, se hacía extensivo solamente a los casos de muerte, pero cartas recibidas de compañeros de la isla, me han hecho comprender que debe hacerse extensivo, no solamente a los casos de muerte, sino también a los casos de incapacidad física permanente, de manera que la familia del compañero que por desgracia perdiere la vista o sufriera una parálisis total, estaría también a cubierto, cobrando el importe total del aseguro.

En cuanto a los casos de incapacidad física temporal, es mi intención y así lo propongo, la creación de un sello médico que debe ser fijado y cancelado en todas las certificaciones dadas por el médico y con el montante de la venta de estos sellos, crear un fondo que ha de ser destinado al socorro del compañero que sufriera incapacidad temporal, mientras ésta dure.

Tal cual será sometido a la consideración de la Asamblea Anual de diciembre.

PROYECTO DE REGLAMENTO ESTABLECIENDO EL ASEGURO MEDICO BAJO LOS AUSPICIOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, SEGUN FUE ENMENDADO EN LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA CELEBRADA EN SAN JUAN, P. R., EL 5 DE OCTUBRE DE 1924.

De la Creación de un Comité de Aseguro Médico.

Artículo. 1.—Se crea en Puerto Rico y bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico, un Comité que se denominará "Comité de Aseguro Médico de la Asociación de Puerto Rico."

Del Comité

Art. 2.—Serán los deberes de este Comité, en general, atender, trabajar y gestionar, por cuantos medios estén a su alcance, para conseguir la cooperación de todos los médicos cirujanos en la Isla de Puerto Rico, para el fomento de este Aseguro Médico.

De la elección del Comité y requisitos que han de reunir sus miembros.

Art. 3.—Este Comité constará de cinco miembros, tres electos en la Asamblea Anual

correspondiente de la Asociación Médica de Puerto Rico y el Presidente y Secretario de dicha Asociación. Una vez constituído este Comité, elegirá de su seno un Presidente, un Secretario y un Tesorero, recayendo estos cargos en los tres miembros electos por la Asamblea Anual, siendo la designación de cada uno por un período de cinco, tres y dos años respectivamente.

Art. 4.—Para ser Presidente, Secretario o Tesorero de este Comité, será condición indispensable ser Médico Cirujano con no menos de cinco años de práctica en Puerto Rico, y miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico.

De los Sustitutos.

Art. 5.—Las vacantes ocurridas en este Comité se cubrirán por designación hecha por la Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico. Estos nombramientos serán efectivos hasta nueva elección hecha en la próxima asamblea anual de la Asociación. *Disponiéndose,* que las vacantes por ausencia temporal serán suplidas por nombramientos hechos por la Junta Directiva de la Asociación.

Del Presidente.

Art. 6.—Serán deberes del Presidente trabajar sin descanso, para conseguir el mayor número de asegurados; presidir el Comité y autorizar con su firma todas las actas del Comité. firmar en unión del Tesorero del Comité y del Presidente de la Asociación Médica los cheques a favor del asegurado o de su familia, requisito sin el cual el cheque se considerará nulo y no será pagado por el Banco, entendiéndose que para la validez de los cheques para otras atenciones bastará la firma del Presidente y Tesorero del "Comité de Aseguro"; y, finalmente, cumplir todos y cada uno de los artículos de este Reglamento.

Del Secretario

Art. 7.—Serán deberes del Secretario, llevar un libro de actas donde consten todas las actuaciones y acuerdos del Comité, guardar en su poder todar la documentación del mismo, y obedecer las órdenes recibidas del Presidente.

Del Tesorero

Art. 8.—Serán deberes del Tesorero prestar una fianza, cuya cantidad será fijada por la Asamblea general en el momento de su elección; depositar en un Banco de Puerto Rico seleccionado por el Comité, los dineros pertenecientes al fondo del aseguro; enviar el recibo de cobro por conducto del Banco depositario de los fondos visados por el Presidente del Comité; llevar un libro de contabilidad donde se exprese los ingresos y egresos del Comité, y, finalmente, autorizar con su firma en unión de la del Presidente de la Asociación Médica, como el caso lo requiere, todos los cheques remitidos por el Comité. Las primas que por fianza hubiera de pagar el Tesorero, seán satisfechas del fondo de aseguro.

De los Asociados.

Art. 9.—Serán socios asegurados y tendrán derecho como tales, todos los médicos cirujanos, miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, que hubieren pagado una cuota inicial de $50.00, la que puede ser pagada de un todo o en mensualidades de $5.00, cuya cantidad se destinará al fondo permanente y los $20.00 adicionales de la cuota ordinaria correspondiente.

De los Fondos del Aseguro

Art. 10.—Los fondos para el Aseguro Mé-

dico, serán formados: por una cuota de $20 aportados con anticipación a la muerte de cualquier compañero por cada uno de los médicos asegurados y por los donativos que por cualquier suerte, pudieran ingresar en los fondos del Aseguro. *(Nota:—Aprobado provisionalmente).*

De la Recolección de Fondos.

Art. 11.—Todo médico que desee cubrirse con el Aseguro Médico, deberá enviar al Tesorero del Comité de Aseguro la suma de $20 no más tarde de treinta días después de recibida la notificación.

El pago de los $20 de la cuota ordinaria correspondiente a que se refiere el Art. 9, y el pago de la cuota para el fondo permanente consagrará el derecho al aseguro de cada asociado.

Art. 12.—Si el asegurado no hiciere efectiva la suma de $20 de su cuota ordinaria correspondiente, dentro de los 30 días después de notificado, no tendrá derecho al aseguro hasta que no haya satisfecho toda la cuota pendiente, más un dólar adicional por cada día que haya transcurrido después de los 30 días de recibida la notificación: *Disponiéndose,* que dichas cantidades adicionalec ingresarán en el fondo permanente.

De cómo se Efectuarán los Cobros

Art. 13.—Los cobros se harán por el Tesorero del Comité de Aseguro por conducto del Banco depositario con este fondo de aseguro. Estos cobros se harán seguido de la muerte de algún compañero, para así poder constituir el fondo del cual haya de pagarse el primer riesgo que vuelva a ocurrir.

Para los pagos de estas segundas cuotas y todas las subsiguientes regirán las mismas reglas que las especificadas en el Art. 12.

De cómo se hará Efectivo el Aseguro.

Art. 14.—Tan pronto ocurra la muerte de un compañero asegurado, el Presidente de la Asociación Médica del Distrito a que perteneciere el asegurado, hará la petición de pago al Presidente del Comité de Aseguro, acompañando a dicha petición copia certificada del acta de defunción y cartas de la persona a favor de quien esté hecho el aseguro. El Presidente de la Asociación del Distrito, al entregar el cheque al beneficiario, lo hará delante dos personas de la localidad que firmarán como testigos el recibo firmado a su vez por el beneficiario enviando dicho recibo así firmado al Tesorero del Comité de Aseguro.

De los Beneficiarios.

Art. 15.—Se considerarán como beneficiarios aún cuando no haya declaración expresa, los hijos del asegurado o la esposa del mismo. A falta de éstos será beneficiario la persona o personas indicadas por el asegurado al pagar sus cuotas. *(Nota:—Aprobada provisionalmente hasta que se pida informes a un abogado sobre la parte legal del mismo).*

Cantidad que Constituye el Aseguro.

Art. 16.—Constituirá el Aseguro, la cantidad recolectada correspondiente, menos el 10% destinado, 5% al fondo permanente y 5% a gastos de administración.

La cantidad que constituye el aseguro, será enviada por medio de cheques tan pronto se hayen realizados los trámites consiguientes.

Art. 17.—El Aseguro se pagará por muerte, o por incapacidades físicas permanentes, según las enumeradas por el Comité de Aseguro Médico.

Art. 18.—Para los casos de incapacidad

física permanente, será necesario una petición hecha y firmada por el asegurado o por persona competente, una petición hecha por la Asociación del Distrito y un examen practicado por tres de los médicos que componen el Comité de Aseguro.

Art. 19.—Ninguna persona que en el momento de asegurarse padeciere de una incapacidad física permanente, a juicio del Comité de Aseguro, tendrá derecho al aseguro sino en caso de muerte. *(Nota:—Aprobado provisionalmente para su recomendación en el futuro).*

Art. 20.—Las personas aseguradas después del 30 de Junio de 1925 y que pasaren de 35 años de edad, no tendrán derecho más que a la mitad del seguro. La otra mitad será destinada al fondo permanente.

Art. 21.—El fondo permanente constituirá un fondo de seguridad para la mayor estabilidad de este aseguro. El Comité de Aseguro podrá utilizar solamente el producto de los intereses devengados para completar la cuota porporcional de algún beneficiario, siempre que esta medida reciba el endoso de la Directiva de la Asociación Médica y cuyo adelanto tenga probabilidades de ser reembolsados más tarde.

Solo podrán utilizarse a este respecto los fondos generales, si tal medida ha sido endosada por las dos terceras partes en una Asamblea Extraordinaria, citada al efecto.

Del Aseguro contra Incapacidad Temporal

Art. 22.—Tendrán derecho al aseguro por incapacidad temporal, cualquier compañero, que sufriere una incapacidad temporal, que a juicio de la Directiva de la Asociación del Distrito al cual pertenezca hubiere de incapacitarle por más de diez días y que en el momento que ocurriere ésta, fuera miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Art. 23.—Ningún médico tendrá derecho a este aseguro sino seis meses después de asegurado en el Aseguro general.

Art. 24.—La cantidad que haya de pagarse por cualquier caso, será fijada por la Directiva de la Asociación Médica del Distrito, pero en ningún caso excederá de la mitad de la cantidad que el día de recibida la notificación esté depositada en el Banco para ese objeto.

De los Fondos para el Aseguro por Incapacidad Temporal.

Art. 25.—La Asociación Médica de Puerto Rico, previa autorización o permiso de la autoridad autoridad competente imprimirá una estampilla por valor de veinticinco centavos de la forma y color que creyera conveniente.

Art. 26.—Todo médico perteneciente a la Asociación Médica de Puerto Rico, estará en la obligación de proveerse de un número de estas estampillas y fijarlas al pié de su firma (cancelándola) en toda certificación que expidiere, exceptuándose las certificaciones de defunción y aquellas que tuvieren carácter oficial.

Art. 27.—Todo médico estará en la obligación de remitir mensualmente al Tesorero del Comité de Aseguro las cantidades recolectadas por la venta de las estampillas, cuyas cantidades serán depositadas por el Tesorero en un Banco de la localidad de aquel en que estuvieren depositados los fondos del Aseguro general.

Art. 28.—Cualquier médico que hubiere sido expulsado del seno de la Asociación Médica de Puerto Rico, o que en el momento de su muerte o accidente por cualquier causa no perteneciere ya a la misma, no tendrá derecho a ninguno de los aseguros, aún cuando hubiese pagado su cuota reglamentaria.

Art. 29.—Este Reglamento ni ninguno de sus capítulos y artículos, podrán ser suprimidos ni enmendados sino en Asamblea General y con consentimiento de las dos terceras partes presentes.

Art. 30.—Mediante los trámites de la ley, este Reglamento será presentado a la Secretaría del Ejecutivo para su aprobación e incorporación. *(Nota:—Artículos* 21 *al* 30 *no fueron leídos ni discutidos por falta de tiempo.*

Acuérdase celebrar sesión extraordinaria si es posible, o llevarla a la Asamblea Anual del mes de Diciembre de la Asociación Médica de Puerto Rico.

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

1924

Presidente: Dr. E. Fernández García	San Juan, P. R.
Vice-Presidente: Dr. Agustín R. Laugier	San Juan, P. R.
Tesorero: Dr. M. Pavía Fernández	San Juan, P. R.
Secretario: Dr. Ramón M. Suárez	San Juan, P. R.

CONSEJEROS

Dr. Pedro N. Ortíz	San Juan, P. R.
Dr. Francisco J. Hernández	San Juan, P. R.
Dr. M. Guzmán, Jr.	Mayagüez, R. R.



